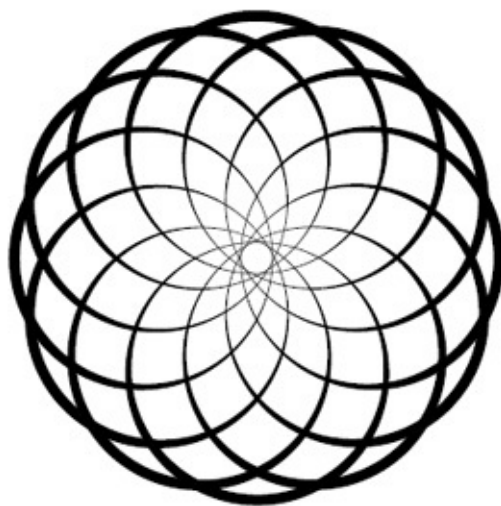
DEFININDO MUSICOTERAPIA

Terceira Edição

Kenneth E. Bruscia

Traduzido por Marcus Leopoldino

DEFININDO
MUSICOTERAPIA

KENNETH E. BRUSCIA
TRADUCIDO POR MARCUS LEOPOLDINO

Dedicado a

Daniel A. Pardo

Agradecimentos

Brian Abrams
James Hiller
Brynjulf Stige
Susan Hadley
Randi Rolvsjord
Dorit Amir
Jane Edwards
Carolyn Kenny
Even Ruud
Rudy Garred
Jennifer Adrienne
Michael Zanders
Kenneth Aigen
Denise Grocke
Henk Smeijsters
Susan Gardstrom
Lillian Eyre
Joy Allen
Joke Bradt
Michelle Hintz

ÍNDICE

LISTA DE TABELAS

LISTA DE FIGURAS

Prefácio

USANDO O LIVRO

Este livro foi criado para ser usado de diferentes formas para diferentes propósitos. Profissionais poderão lê-lo do início ao fim ou escolher capítulos que sejam de seu interesse particular. Para alguns, o livro pode apresentar perspectivas diferentes ou mesmo estranhas no campo musicoterápico; esperamos que isso estimule outros profissionais a posteriormente examinarem e discutirem as questões que foram levantadas, especialmente aquelas que não foram adequadamente resolvidas.

Diferentes partes do livro são mais apropriadas para estudantes de graduação e pós-graduação. A Introdução é uma descrição fácil de ler sobre como este livro evoluiu e mudou nos últimos 25 anos. Não é leitura essencial para o entendimento do resto do livro, mas pode ser do interesse de alguns.

Os capítulos 1 a 19 foram desenvolvidos para introduzir aos estudantes de graduação à miríade de questões envolvidas na definição de musicoterapia e para fornecer uma plataforma com a qual eles possam explorar e então desenvolver suas próprias ideias sobre o campo. Os capítulos 1 e 2 têm a intenção de estabelecer a importância e desafios ao se definir o que é musicoterapia. O capítulo 3 analisa definições existentes e fornece uma base lógica para as muitas decisões envolvidas na construção da presente definição. Estes três capítulos de abertura podem ser leitura opcional, mas são altamente recomendados para estudantes que precisem de alguma contextualização para ler o resto do livro. O capítulo 4 fornece uma visão geral sucinta dos capítulos 5 a 19 e devem ser incluídos na lista de leituras obrigatórias.

Alguns dos primeiros 19 capítulos são mais difíceis de ler do que outros, primeiramente devido à complexidade do assunto em discussão. Estes capítulos são mais bem entendidos através de discussões em salas de aula depois de sua leitura. O entendimento também é altamente aprimorado pela leitura suplementar de estudos de casos ou artigos relacionados às questões cobertas por cada capítulo.

Os capítulos 20 a 26 lidam com as áreas e níveis da prática. Como eles fornecem uma visão geral das abordagens usadas em cada área, estes capítulos podem ser melhor aproveitados por estudantes de graduação se lidos por um tempo prolongado, idealmente enquanto realizam o estágio clínico. Mais uma vez, complementar estes capítulos com estudos de casos ou artigos relacionados ajudará os estudantes a compreenderem melhor seu conteúdo.

Os capítulos 27 e 28 e as Notas são recomendados para pós-graduandos e profissionais interessados em questões teóricas no campo musicoterápico. Estes capítulos introduzem noções de pensamento e prática integrativos, desenvolvidos a partir da conferência do autor sobre "formas de pensar" em musicoterapia. As Notas são minhas respostas a questões levantadas pelos participantes do "grupo de desconstrução".

Examinar as numerosas definições no Apêndice pode se mostrar leitura interessante, especialmente por detalhes históricos e para aqueles interessados nas diferenças multiculturais do campo.

Outras Questões

Outras questões merecem discussão. Primeiro o problemas do gênero dos pronomes. Realmente considero redundante e tosco o uso de “ele ou ela” ou “dele ou dela”. Decidi que em discussões da prática clínica usarei pronomes masculinos para o terapeuta (já que o autor é um homem) e pronomes femininos para o cliente. Isso garante que o leitor tenha claro quando estou falando do terapeuta ou do cliente. Presumo que o leitor entenda que terapeutas podem ser mulheres também, e que clientes podem ser homens, e que eu não tenho interesse algum em fazer discriminações de gênero. Nas outras discussões, tais como sobre indivíduos, ouvintes, improvisadores, etc, usarei o pronome masculino.

Outra questão inesperada diz respeito à atualidade das referências. Idealmente, um livro novo deveria conter referências principalmente dos últimos 10 ou 15 anos. Existem duas razões para que esta meta não seja sempre alcançável na presente obra. Primeiro, a literatura em musicoterapia, embora cresça rapidamente, é relativamente pequena em comparação com outras disciplinas maiores. É impossível para o relativamente pequeno número de autores e pesquisadores em musicoterapia escrever frequentemente e continuamente sobre todos os tópicos e aplicações, muitos dos quais continuam a ser relevantes no desenvolvimento de uma visão geral da prática musicoterápica como tentamos neste livro. Alguns temas não estiveram ativos por muitos anos; alguns apenas recentemente apareceram; e outros não mudaram tanto com o tempo. Sem dúvida, temas importantes mudam com as transformações da área e das definições das práticas, tanto quanto com o deslocamento do interesse entre os profissionais.

É também importante notar que algumas definições contidas no Apêndice não estão mais disponíveis em sua fonte original. Por exemplo, algumas foram retiradas de brochuras que não mais existem, e outras de websites que não estão mais no ar. Além disso, algumas das organizações que criaram certas definições estão agora extintas. Mantive todas as definições independentemente de sua atual disponibilidade. A principal razão é que se trata ainda de informação valiosa.

Isto leva à segunda razão. Não obstante a importância do tema, “definir” musicoterapia não parece algo que esteja no topo das paradas de sucesso. Se você digitar “definir” ou “definição” numa ferramenta de busca ficará surpreso com o quão pouco você vai achar.

Quero fazer um comentário sobre as numerosas listas e tabelas espalhadas pelo livro. Eu entendo que elas nem sempre tornam a leitura fácil ou agradável, mas costumam ser a forma mais econômica e visualmente prudente de apresentar uma grande quantidade de informação. Também quero deixar claro que em muitos casos essas listas e tabelas não esgotam os itens dentro de um tópico. De fato, costumam apenas sugerir exemplos, destinados apenas a dar ao leitor a essência do que está em discussão. Por favor, leia de acordo.

Finalmente, gostaria de explicar o porquê de existirem repetições através do livro. Repetições são necessárias quando um livro pode ser lido através de trechos isolados, e particularmente quando capítulos devem cobrir tópicos idênticos ou similares a partir de diferentes perspectivas. Por exemplo, definir o processo musicoterápico (capítulo 5) requer o entendimento das definições de terapeuta e cliente (capítulos 7 e 9); analogamente, definir terapeuta e cliente exige o entendimento da definição dada para o processo. O perigo é, caso toda a informação necessária não estiver presente, o texto ser citado erroneamente e seus objetivos mal compreendidos.

Uma Nota Pessoal

A primeira edição deste livro, lançada em 1989, marcou sem saber o início do que se tornou uma parte integral da minha vida profissional e pessoal – a Barcelona Publishers. Originalmente, o livro era parte de uma grande série de monografias planejada pela MMB Music, a maior editora de livros de musicoterapia naquela época. Muitos problemas surgiram, e a série não se materializou como o esperado. Tive dificuldades em entregar o livro no prazo, e por fim me dei conta de que este livro supostamente pequeno sobre a definição de musicoterapia cresceu além das proporções de uma monografia. Na verdade ele não coube mais na série da MMB. Por essas e outras razões ainda nebulosas para mim, decidi eu mesmo publicá-lo – sem ter nem mesmo a mais rasa compreensão das implicações existentes. Assim, a primeira edição foi publicada pela Spring House Books, minha empresa de “fundo de quintal”, batizada com o nome de uma casa de veraneio de verdade construída em 1745 no “Stony Run Creek”, riacho que corta a fazenda de 5 acres onde vivi em Spring City, Pensilvânia.

Resumindo a história, um “fundo de quintal” levou a outro, e, por fim, ao centro de distribuição de Gilsum, New Hampshire, e então a University Park, Illinois. Hoje, enquanto celebro o 25° aniversário da Barcelona Publishers (que agora tem mais de 70 títulos em sua coleção), e enquanto mando a terceira edição deste livro para produção, percebo que esta será provavelmente (espero que sim) meu último grito dentro do tema. Não pretendo escrever uma quarta edição. Espero que outra pessoa tome para si o desafio, mas se não, espero que continue existindo uma definição crescente do campo que nos convide à reflexão coletiva. Uma definição – qualquer definição – é o próprio fundamento do discurso profissional sobre nossa identidade. O que importa para mim mais do que a aceitação desta definição é que minha tentativa de desenvolver uma forneça a base para o discurso profissional até que não seja mais relevante ou útil. Percebo que talvez nós nunca alcancemos uma definição precisa aceita universalmente ou mesmo regionalmente, mas isso não significa que devemos evitar o desafio de definir nossa própria identidade da melhor forma possível. Acredito que não podemos simplesmente desistir e afirmar que a musicoterapia é indefinível – nós simplesmente não podemos deixar a musicoterapia indefinida para nossos praticantes.

Introdução

A HISTÓRIA DA DEFINIÇÃO

A Ideia

Desde meus primeiros anos como professor de musicoterapia na década de 70, sempre tive preocupações sobre os limites e conflitos de identidade que parecem permear o campo. Não foi senão depois de muitos anos, entretanto, que comecei a entender a extensão desses conflitos. Em 1982, me foi solicitado que reunisse material para o primeiro Boletim Internacional de Musicoterapia (*International Newsletter of Music Therapy*). Sem saber onde ou como começar, decidi solicitar a cada associação de musicoterapia no mundo que me enviasse sua definição oficial do que é musicoterapia. As respostas foram realmente fascinantes. Cada país parecia estar em um diferente estágio da formação da identidade profissional, e cada associação parecia ter suas próprias ideias sobre quem eles eram enquanto musicoterapeutas.

Como um subproduto dessa pesquisa, decidi realizar uma palestra numa conferência regional, chamada "Nossa identidade como Musicoterapeutas". Inesperadamente, antes de começar, a organizadora do evento me perguntou de poderia gravar a apresentação. Eu estava algo relutante, pois não achava que o tema ou minhas ideias fossem muito empolgantes, mas autorizei assim mesmo. Então, para minha surpresa, os presentes reagiram com incrível interesse. Eles pareciam catalisados pelas questões que eu tinha preparado e pela grande variedade de definições. Um ano depois, fiquei chocado ao saber que a fita havia rodado o país todo até não funcionar mais. Isso despertou minha curiosidade. Quais questões os musicoterapeutas estavam lutando para responder? E assim, foi esta reação àquela apresentação que finalmente me levou a escrever a primeira edição do Definindo Musicoterapia, publicada em 1989.

A Definição de 1989

A primeira produção de um livro neste tema foi terrivelmente difícil. Tive problemas organizando as ideias; tive problemas fazendo as distinções que me propus a fazer; e tive problemas para me expressar de uma forma que fosse fácil de ler e de entender. O esboço de todo o livro foi muito frustrante, uma vez que muitos temas que deviam ser abordados se sobrepunham, tornando um grande desafio abordar uma questão por vez, sem tangenciar temas aparentemente sem relação. Eventualmente cheguei a uma definição de trabalho e a uma forma de organizar a discussão de cada tópico que encontrei em sua construção. Aqui está minha primeira definição, de 1989:

A Musicoterapia é um processo sistemático de intervenção onde o terapeuta ajuda o cliente a alcançar a saúde, usando de experiências musicais e das relações desenvolvidas através destas como forças dinâmicas de transformação.

Na primeira edição, cada palavra ou frase importante incluída na definição foram discutidas em

algum detalhe. Diferentes áreas e níveis da musicoterapia foram então identificados e definidos, e suas implicações foram descritas. O livro finalizava com um Apêndice das 60 definições de musicoterapia provenientes de diferentes partes do mundo.

Reações à definição de 1989

A primeira definição foi citada, citada erroneamente, plagiada, criticada, enaltecida, traduzida, supervalorizada, propositalmente ignorada e até mesmo raivosamente negada. Alguns terapeutas mais tradicionais amaram, outros odiaram; alguns terapeutas da vanguarda amaram, outros odiaram. E a mesma variação foi observada na grande maioria dos ecléticos entre os dois extremos.

Para alguns, o livro foi perturbador, pois traçou fronteiras bem delimitadas e localizou variadas práticas dentro desses limites. Para eles, tais definições impuseram limites desnecessários sobre quem nós somos e o que fazemos e, embora nos deem uma identidade coletiva e assim ajudem terceiros a entender o que a musicoterapia é, elas também camuflam as diferenças individuais (e os diferentes egos) que compõem nosso campo. Outro detalhe perturbador do livro, para alguns, é que ele colocou em caixas estanques muito de nossas práticas intuitivas e criativas que temos enquanto musicoterapeutas. Muitos consideraram banal o esforço de colocar em palavras o inefável da experiência que compartilhamos através da música com nossos clientes.

Por outro lado, muitos consideraram o livro uma contribuição positiva. Para estes, ele trouxe uma breve pausa no contínuo exame de consciência que parece fazer parte de ser um musicoterapeuta. Talvez estas caixas conceituais providenciem o suporte que precisamos para explorar o ilimitado potencial terapêutico da música e a assustadora tarefa de se tornar um musicoterapeuta competente. Para muitos, termos e definições fornecem clareza, legitimidade e validação; dão-nos uma persona, e, além disso, reafirmam para nós que não estamos sozinhos em nossas convicções acerca do nosso trabalho. Ademais, as próprias palavras, mesmo para o músico mais não verbal, podem trazer incríveis insights sobre o seu próprio trabalho tanto quanto sobre o trabalho de outros. Nós precisamos e queremos nos comunicar, e para tal precisamos achar palavras para as ideias e experiências que encontramos. Certamente, este livro foi uma busca sincera pelas palavras certas.

A Definição de Trabalho de 1998

Em 1998, decidi repensar o livro original e fazer uma segunda edição – nãoapenas porque desejava aprimorar o livro, mas também porque amusicoterapia havia crescido consideravelmente e minha perspectiva haviamudado igualmente. Esta foi a definição de trabalho que ofereci:

Musicoterapia é um processo sistemático de intervenção onde o terapeuta ajuda o cliente a promover saúde, usando de experiências musicais e das relações desenvolvidas através destas como forças dinâmicas de transformação[1].

Embora apenas uma palavra tenha mudado na definição de 1998, a segundaedição do livro era substancialmente diferente e maior se comparada àprimeira. Na definição, substituí “alcançar” por “promover”, assinalandouma transformação nas minhas ideias sobre a natureza da saúde. Então,nesta

edição, dei muito mais atenção em ambas as definições de saúde e demúsica. Adicionei dois capítulos inteiramente novos: “Tipos de experiênciamusical”, que identifica e descreve o que eu chamo de os quatro principaismétodos musicoterápicos, e “Forças Dinâmicas”, que esboça como os papéisda música, do terapeuta e do cliente podem ser concebidos baseados nateoria integral de Ken Wilber. Também revisei do original as áreas e osdiferentes níveis de prática e incluí uma nova área que chamei de“Ecológica”. Finalmente, adicionei capítulos sobre teoria e pesquisa eatualizei o Apêndice de definições.

Devido ao presente livro estar firmemente enraizado na definição de 98, as próximas seções apresentarão uma explanação sumária de cada palavra ou frase de seu texto, assim como o fez a edição anterior.

Processo Sistemático de Intervenção

A musicoterapia é sistemática no que ela tem de orientada a objetivos, organizada, baseada em um arcabouço teórico e regulada; não é uma mera série de experiências não planejadas e randômicas que acabam sendo úteis. Seus três componentes processuais são avaliação diagnóstica, tratamento e avaliação[2].

A musicoterapia é um processo que se desenvolve ao longo de um período de tempo. Para o cliente, o tempo envolve um processo de transformação; para o terapeuta, é uma seqüência de intervenções ordenadas no tempo. Para ambos, cliente e terapeuta, este processo temporal pode ser descrito como processo de desenvolvimento, educativo, interpessoal, artístico, musical, criativo ou científico.

Para ser considerado terapia, este processo requer a intervenção de um terapeuta. Uma intervenção é uma tentativa intencional de suavizar uma dada condição para efetuar um tipo de transformação. Em terapia, intervenções precisam obedecer a três critérios: o cliente deve necessitar de ajuda externa para alcançar determinado objetivo relativo à saúde; deve haver uma intervenção intencional, independentemente do resultado; e a intervenção deve ser realizada por um terapeuta dentro do contexto de uma relação terapeuta-cliente.

O que torna a intervenção musicoterápica única é que ela sempre envolve a música e a atuação do terapeuta como parceiros no processo. Quando a música é usada como terapia, ela toma o papel primário da intervenção e o terapeuta, o secundário; quando a música é usada em terapia, ocorre o oposto. Quando a música é usada por um cliente sem um terapeuta, o processo não se qualifica como terapia, e quando um terapeuta ajuda um cliente sem música, não se trata de musicoterapia. As intervenções musicoterápicas são únicas e focam no som, na beleza e na criatividade.

O Terapeuta Ajuda o Cliente

Um terapeuta é uma pessoa que oferece sua expertise e seus serviços para ajudar um cliente com uma questão de saúde. Por definição, um musicoterapeuta deve ter a expertise necessária para fornecer tais serviços, assim como o reconhecimento desta pela autoridade responsável. O musicoterapeuta pode servir como adjunto ou como o terapeuta primário, dependendo de seu conhecimento e experiência e também das necessidades do paciente. O musicoterapeuta usa princípios éticos pessoais e profissionais

para guiar seu trabalho.

O musicoterapeuta é definido como aquele que ajuda, e o cliente definido como a pessoa sendo ajudada. A relação cliente-terapeuta não é recíproca neste ponto, apesar de ser sabido que, no ato de ajudar seus clientes, surgem muitas oportunidades para o terapeuta de conhecer suas próprias necessidades psicológicas, por vezes em um nível inconsciente. Central para a relação terapeuta-cliente é o contrato pelos serviços focando na saúde do cliente.

A musicoterapia fornece tipos de ajuda bem específicos. Seja tomando parte do processo terapêutico com papel primário ou secundário, a música e o terapeuta combinam seus recursos para fornecer aos clientes oportunidades de empatia, compreensão, validação e reparação; de expressão verbal e não verbal, interação e comunicação; de feedback sobre sua situação e insights sobre sua vida; de motivação e auto-transformação; e de assistência direta e intervenção.

Um cliente é definido como uma pessoa que necessita de ou procura a ajuda de outra pessoa devido a uma ameaça real, imaginária ou potencial para sua saúde, seja de natureza física, emocional, mental, comportamental, social ou espiritual.

Promover Saúde

O objetivo da terapia é promover saúde. Saúde engloba e depende do indivíduo e de todas as suas partes (i.e. corpo, psique, espírito), e do relacionamento deste indivíduo com um contexto ampliado de sociedade, cultura e meio ambiente. Existem duas orientações em saúde: a orientação patogênica, onde saúde é uma questão de sim ou não, definida pela ausência de doença; e a orientação salutogênica, que trabalha com um continuum que inclui todos os graus de saúde. Indo mais além, a definição de saúde proposta aqui é o processo onde uma determinada pessoa alcança todo seu potencial, integrando indivíduo e meio ambiente.

Usando Experiências Musicais

A musicoterapia se distingue de outras modalidades de tratamento devido a sua dependência da experiência musical como agente de intervenção. A forma como os musicoterapeutas definem "experiência musical" é baseada nos contextos clínicos nos quais trabalham. De particular importância é a aceitação sem julgamentos de qualquer que seja o material musical que o cliente traga, e a clara prioridade no que diz respeito ao propósito, valor e significado da música no processo terapêutico.

É difícil definirmos música por diversas razões, e em terapia, a matéria é ainda mais complicada pela noção de que a terapia depende não só da música, mas também da experiência que o cliente tenha com música. Toda experiência musical minimamente envolve uma pessoa, um processo musical específico, um produto de algum tipo e um contexto ou ambiente. Assim, a música usada em terapia não é meramente um objeto que opera no cliente; em vez disso, ela é uma experiência multifacetada envolvendo a pessoa, o processo, o produto e o contexto. Para os fins deste livro, "música" é definida como uma instituição humana na qual indivíduos criam significado e beleza através do som, usando as artes da composição, improvisação, performance, e audição. Significado e beleza são derivados de relações intrínsecas criadas entre os próprios sons e entre os sons e outras formas da experiência humana, bem como o próprio universo.

Quatro tipos específicos de experiência musical servem como os métodos primários da musicoterapia: improvisação, re-criação, composição e audição. Essas experiências podem ser apresentadas com ênfase em diferentes modalidades sensoriais, com ou sem discurso verbal e em variadas combinações com outras artes. Dependendo de quão intrinsecamente musicais são os sons e as atividades, a experiência pode ser descrita como pré-musical, musical, extra-musical, para-musical ou não-musical.

As Relações Desenvolvidas Através Destas

Estes variados tipos de experiência musical fornecem ao cliente oportunidades de desenvolver relações dentro do próprio self e entre seus vários contextos e mundos. Portanto, estas relações podem ser descritas como intrapessoal, intramusical, interpessoal, intermusical e sociocultural. De central significância para o processo terapêutico são as relações do cliente com o terapeuta e com a música.

Como Forças Dinâmicas de Transformação

A musicoterapia pode ser comparada à química. Seus elementos principais são o(s) cliente(s), a música e o terapeuta. Estes elementos combinam e interagem de muitas formas, dependendo de como o terapeuta concebe e delineia a experiência musical do cliente. Assim, o composto-chave – determinar como cada um dos elementos da experiência estão relacionados com os outros – é a interação cliente-música. Consequentemente, analisar as dinâmicas da musicoterapia é analisar as variadas formas nas quais o cliente experiencia música. Existem seis modelos dinâmicos usados, dependendo se a experiência musical é objetiva, subjetiva, energética, estética, coletiva ou transpessoal.

Os tipos de transformação que podem resultar da musicoterapia formam uma miríade. Dois importantes critérios são: eles devem ser relacionados à saúde e devem efetivamente resultar do processo terapêutico.

Os Anos Intermediários: de 1998 ao presente

Pelos últimos 16 anos, a segunda edição foi citada extensivamente na literatura e acumulou mais atenção pelos teóricos do campo do que a primeira edição. Isto pode ser explicado de diversas formas. Primeiro, professores usaram a segunda edição no ensino de musicoterapia. Em muitos casos, professores encorajaram seus alunos a investigar cuidadosamente a definição por suas implicações, e este fato aumentou a consciência geral das novas gerações de musicoterapeutas acerca das necessidades e desafios inerentes à conceptualização de nosso campo. Em segundo lugar, o campo teórico cresceu dramaticamente nas últimas duas décadas, e mais e mais musicoterapeutas estão agora escrevendo sobre diferentes formas de se pensar a musicoterapia, todas as quais tendo importantes ramificações para a definição e delimitação do campo.

Em 2011, tornou-se claro para mim que o momento de avaliar a relevância e a atemporalidade da definição de 1998 havia chegado. Mais uma vez, tanto a musicoterapia como minhas próprias perspectivas haviam mudado substancialmente, e tanto a definição como o livro precisavam de expansão

e atualização.

Atualmente, a tarefa da definição tornou-se ainda mais desafiadora, e a principal questão para mim foi “Como devo proceder na revisão da definição de 1998?” Depois de muito pensar, decidi fazer duas “escavações” de todo o panorama de definições do campo e usar estas escavações como uma fundação para a remodelagem ou talvez mesmo a reconstrução da definição de 1998.

A primeira escavação foi o “grupo de desconstrução”, descrito na próxima seção. Seu propósito foi avaliar criticamente a definição de 1998 de acordo com um critério básico: em que medida a definição incluiu ou excluiu abordagens significativas para a prática que se expandiu nesse meio tempo? A segunda escavação foi analisar todas as definições encontradas na literatura musicoterápica. O propósito foi identificar as variadas perspectivas e questões que cada definidor trouxe para o trabalho de definição da musicoterapia nas últimas três décadas. Os achados estão apresentados no capítulo 3.

O Grupo de Desconstrução

Em 25 de julho de 2011, convidei vários colegas para participar de um “grupo de desconstrução” (“*deconstruction party*”) via e-mail. Eu estava usando o grupo para obter um feedback honesto sobre a definição de 98. Selecionei os colegas por sua participação com comentários sobre as definições de 89 ou 98, que levantaram questões importantes para minha consideração. Os integrantes incluíam Brian Abrams, Brynjulf Stige, Susan Hadley, Randi Rolvsjord, Dorit Amir, Jane Edwards, Carolyn Kenny, Even Ruud, Rudy Garred, Jennifer Adrienne, Kenneth Aigen e Henk Smeijsters. Aqui está o email que enviei para eles:

Estou vendo uma necessidade real de “desconstruir” minha definição de musicoterapia de 1998. Por “desconstruir”, quero dizer interrogar criticamente as implicações de algum ou de todos os aspectos da definição à luz das tendências atuais no campo. Estou interessado em encontrar as variadas formas que esta definição pode excluir, contradizer ou negar a prática, a teoria e a pesquisa atuais em musicoterapia ao redor do mundo... Vocês podem me apontar os principais aspectos da definição que vocês considerem que precisam ser repensados? Estou enviando anexado o capítulo da “definição de trabalho” de 1998 para sua apreciação. Por favor, sintam-se livres para comentar qualquer coisa que os “incomode”.

As respostas foram imediatas, numerosas e entusiasmadas, e os diálogos que se seguiram foram incrivelmente estimulantes e instrutivos. Para o meu enorme prazer e assombro, o grupo de e-mail durou várias semanas, e quando os diálogos esmoreceram, senti que muitas das principais questões com a antiga definição (e com minhas próprias concepções) tinham sido colocadas de forma bastante clara. É claro, nem todas as questões foram resolvidas, uma vez que nem sempre os participantes chegavam a um acordo sobre como “consertar” a definição, e eu mesmo nem sempre concordava com as sugestões.

Quando os diálogos se encerraram, reuni todos os e-mails em ordem cronológica, segmentados de acordo com o tópico abordado. Então juntei os segmentos abordando o mesmo tópico e fiz resumos das observações feitas pelos participantes do grupo. Resumidamente, organizei os achados do grupo de desconstrução de acordo com os principais capítulos do livro.

Não liguei os nomes dos participantes a qualquer um dos comentários ou contribuições, porque não requisitei nem recebi seu consentimento informado para cita-los numa eventual publicação futura, e

quis que eles oferecessem suas idéias livremente sem o receio de serem citados.

Não obstante a importância de todas as questões levantadas pelo grupo de desconstrução, decidi apresentar suas provocações à definição de 1998 em notas separadas no final deste livro, em lugar de colocá-las no texto principal. Assim, ao longo do livro, o leitor receberá as indicações das notas que introduzem ou elaboram as questões teóricas levantadas pelo grupo que, por um lado, são pertinentes ao tópico discutido no texto, mas não são prérequisitos para o entendimento. A leitura destas notas é opcional para os novatos na área e recomendada para estudantes avançados e profissionais.

Análise de Definições Existentes

Nas edições anteriores deste livro foram apresentadas variadas definições de musicoterapia por diversos autores, profissionais e associações. Na primeira edição, 44 definições foram apresentadas; na segunda, 60. Embora estas definições tenham fornecido recursos excelentes para ambas as edições, elas não foram analisadas de forma sistemática ou usadas diretamente como base para a criação da definição de 1989 ou 1998.

A segunda "escavação" feita na preparação da edição de 2014 foi uma análise detalhada de todas as 102 definições presentes no Apêndice A. O objetivo desta análise foi elucidar as questões inerentes à tarefa de definir musicoterapia, ajudar na revisão da definição de 98 e esclarecer como a nova se compara com as anteriores. Os achados estão apresentados no Capítulo 3.

Reconstrução

Na verdade, o grupo de desconstrução não incluiu esforços para reconstruir ou recriar a definição de 1998. Foi mais que suficiente para todos os participantes simplesmente desconstruírem e então examinarem as implicações desta desconstrução. Assim, depois que o grupo se desfez, comecei a repensar a definição de 1998 nos termos tanto dos achados do grupo quanto da análise das definições.

No final de 2012, eu havia desenvolvido cerca de 35 revisões provisórias. Para ajudar na finalização, decidi que precisava ter algumas conversas privadas "reconstrutivas", nas quais convidei alguns colegas individualmente para comentar o material que já tinha produzido e também para responder questões específicas ou dar sugestões de como aperfeiçoar a definição ou algum capítulo do livro. Desta vez, selecionei musicoterapeutas experientes que já me conheciam bem e ao meu trabalho e que estavam propensos a considerar tanto as visões de mundo de esquerda como as de direita como viáveis. Senti que este grupo entenderia melhor o desafio de abordar todas as preocupações de meus colegas na construção de uma definição guarda-chuva. Este grupo incluiu Brian Abrams, Denise Grocke, Michael Zanders, James Hiller, Susan Gardstrom, Lillian Eyre, Joyu Allen, Joke Bradt e Michelle Hintz.

Revisão Bibliográfica

Antes de realmente começar a escrever, fiz uma revisão bibliográfica que focou não apenas em novas definições publicadas desde 1998, mas também em quaisquer artigos examinando questões pertinentes à definição ou conceptualização do campo. Diversas novas definições foram encontradas e adicionadas às

referências; entretanto, os artigos relevantes encontrados foram relativamente poucos.

Também revisei todas as referências usadas na definição de 1998 e pesquisei por substitutos atualizados. Foi interessante descobrir que algumas áreas da prática receberam muito pouca atenção da literatura nas últimas décadas. Dois exemplos notáveis são as diferentes formas de musicoterapia recreativa e cura musical. Foi, portanto, muito difícil atualizar muitas das referências antigas. Em contraste, houve uma explosão de publicações sobre musicoterapia ecológica, musicoterapia psiquiátrica e musicoterapia médica. Aqui a dificuldade foi selecionar as referências mais apropriadas.

Uma Visão Etnográfica

Refletindo sobre todos os preparativos que fiz na escrita deste livro, posso ver que me baseei em certos pressupostos metodológicos que precisam ser esclarecidos. O primeiro pressuposto é a crença do autor de que os musicoterapeutas que lêem, estudam, palestram, pesquisam e publicam sobre musicoterapia na língua inglesa constituem uma comunidade coerente – ou talvez uma cultura de idéias e práticas – que pode ser examinada e descrita como tal. Claro está que esta comunidade, como muitas comunidades heterogêneas no século XXI, é formada por discursos, perspectivas e práticas distintamente diferentes, que variam de acordo com o indivíduo, seus pares, o *setting* de trabalho e sua cultura; todavia, estas diferenças internas têm sido comunicadas, compartilhadas, mediadas e modificadas através de comunicações pessoais, conferências e escritos acadêmicos.

O segundo pressuposto é que, embora o processo de escrita deste livro não possa ser descrito como uma pesquisa formal, ele envolveu muitos recursos da pesquisa etnográfica, como os descritos por Griffin e Bengry- Howell (2008). As similaridades que se seguem podem ser discriminadas.

A comunidade da musicoterapia como definida acima pode ser comparada a um “caso” focal da pesquisa etnográfica, isto é, “um grupo específico de pessoas ou um caso envolvendo práticas ou atos culturalmente significativos”. Assim, de certa forma todo o livro pode ser considerado um caso de estudo etnográfico.

Como ocorre na pesquisa etnográfica, o livro exigiu um período prolongado de pesquisa de campo, envolvendo uma variedade de métodos de coleta de dados (entrevistas, comunicações escritas, discussões informais, estudo de documentos e artefatos, e, mais importante, observação participativa). O autor tem sido um observador participativo que, como musicoterapeuta, é completamente imerso na comunidade como um membro ativo (apesar de aposentado). Esta perspectiva é particularmente valorizada na etnografia.

> Pesquisadores em etnografia são sintonizados com os significados que comportamentos, ações, contextos e eventos têm da perspectiva dos envolvidos. A etnografia busca uma perspectiva interna, almejando entender um fenômeno do ponto de vista daqueles envolvidos, que pode ser diverso, complexo e contraditório (Griffin & Bengry-Howell, 2008, p.6).

Finalmente, como um etnógrafo, o autor tem mantido esforços contínuos de reflexão. Etnógrafos não negam o impacto de suas próprias crenças, valores e comportamentos na comunidade que estão estudando, mas ao invés disso reconhecem que como observadores participantes, eles estão

inevitavelmente moldando e interpretando as informações enquanto tentam igualmente entender a comunidade de forma sistemática e rigorosa.

1

A NECESSIDADE DE DEFINIÇÕES

Definir musicoterapia é parte integrante de ser um musicoterapeuta. Dificilmente passa-se um dia sem que um musicoterapeuta receba a pergunta inevitável “O que é musicoterapia?” A pergunta surge ao encontrar clientes e seus familiares pela primeira vez, ao começar num novo emprego, ao ser apresentado a colegas de trabalho e gestores, ao conversar com futuros estudantes, ao recrutar sujeitos para pesquisa, ao escrever sobre o campo e em incontáveis outras situações profissionais. E se isso não for suficiente, o tema é também o primeiro tópico de discussão em muitas situações sociais, tais como ser apresentado numa festa ou ao conhecer um novo amigo. Nunca falha: depois do “o que você faz?” seguido por “sou musicoterapeuta”, haverá um longo e respeitoso silêncio, um olhar espantado e o inevitável: “o que exatamente é musicoterapia?” Então, depois de receber uma resposta inicial, a maioria das pessoas vai fazer perguntas mais detalhadas, e normalmente é necessário dar uma definição mais complexa e elaborada. E certamente não vai ser a última vez que esses tipos de perguntas aparecerão! Familiares e velhos amigos que já ouviram “a pergunta” ser respondida várias vezes parecem permanecer confusos sobre o que seja exatamente musicoterapia. De fato, eles muitas vezes precisam de revisões periódicas e discussões mais aprofundadas.

As pessoas ficam curiosas a respeito da musicoterapia não apenas porque este é ainda um campo relativamente novo, mas também porque elas ficam genuinamente intrigadas pela ideia em si. Parece fazer sentido usar a música terapeuticamente! Quase todo mundo adora música, e por ela ser uma parte integrante da vida cotidiana, a maioria das pessoas desenvolve uma relação muito pessoal com ela. Ela nos acalma e nos estimula; nos acompanha na alegria e na tristeza; ela brinca conosco e nos ajuda a brincar; ela nos move para dentro e para fora de cada emoção humana. A maioria das pessoas reconhece o poder que a música tem de confortar e curar, e muitos já descobriram seus benefícios terapêuticos através de suas próprias experiências.

No entanto, fornecer uma definição simples e acurada de musicoterapia para leigos, estudantes ou outros profissionais não é sempre simples. Definições padrão ou as encontradas em livros didáticos nem sempre são compreensíveis ou relevantes para pessoas que não são da área, principalmente porque costumam ser muito técnicas ou teóricas. Como resultado, muitas vezes é necessário criar uma definição que satisfaça as demandas de cada situação. Quando isso acontece, o musicoterapeuta deve ter a sensibilidade para identificar o que a pessoa quer ou precisa saber, bem como o quão preparado ele ou ela está para uma resposta detalhada.

Ao criar uma definição extemporaneamente, é importante considerar qual faceta da musicoterapia ou qual abordagem clínica será de maior interesse e relevância para a pessoa que pergunta. Em geral, por exemplo, músicos profissionais têm uma concepção da musicoterapia diferente do ouvinte comum ou de pessoas que cantam ou tocam um instrumento por passatempo. Ouvintes comuns têm concepções

diferentes daqueles que experimentaram pessoalmente os poderes terapêuticos da música. Gestores e legisladores têm diferentes necessidades quanto à informação quando comparados a médicos de outras áreas, que por sua vez têm diferentes questões se comparados a novos estudantes de musicoterapia. Os clientes e seus familiares solicitam informações diferenciadas daquelas que colegas e amigos pessoais pedem.

Alguns querem ouvir a explicação filosófica para a musicoterapia, enquanto outros precisam validar suas próprias experiências pessoais do poder terapêutico da música. Alguns querem informações específicas, técnicas, sobre como o musicoterapeuta trabalha com diferentes clientelas, e outros querem uma visão geral do campo. Alguns querem exemplos clínicos; outros querem provas específicas de que ela funciona na forma de resultados de pesquisa científica. Obviamente, a mesma resposta padrão não pode ser dada para todos. Ao contrário, cada definição deve ser adaptada especificamente para o cenário, interesse e necessidade de informação de cada interlocutor.

À parte ao desafio de suprir a demanda de cada situação, os próprios musicoterapeutas por vezes consideram uma busca espiritual a tarefa de definir o que fazem. Kenny (1982) explica:

> Toda vez que alguém me faz essa pergunta... Eu tenho que engolir o silêncio, me concentrar e pensar “Meu Deus, lá vamos nós de novo. O que é que eu vou dizer dessa vez?” Toda vez é um desafio, uma responsabilidade, um convite a incrementar meu próprio entendimento pela escolha de palavras para algo que é indescritível por natureza e tem a característica adicional de ser algo diferente a cada vez que acontece. (p.1)

No processo de identificar a essência da musicoterapia e comunica-la a outrem, musicoterapeutas por vezes têm de confrontar tópicos e questões que estão no núcleo da disciplina. Cada definição refina e delimita o campo em sua essência, porque em poucas frases o definidor esboça o que é e o que não é musicoterapia, o que pertence à disciplina ou não. Assim, cada definição estabelece fronteiras para o campo. Possuir tais fronteiras é crucial, pois sem elas é impossível saber quais tipos de clientes e problemas são mais bem servidos pela musicoterapia quais metas e métodos são parte legítima da prática clínica, quais temas são relevantes para a teoria e a pesquisa e quais tipos de padrões éticos devem ser defendidos. Além disso, sem essas fronteiras, é impossível estruturar currículos e programas de estágio na preparação de musicoterapeutas e estabelecer os requisitos necessários para se obter as credenciais. Enfim, as fronteiras da prática protegem clientes definindo os limites dos terapeutas. Assim, simples como possam parecer, as definições têm profundas implicações ao delinearem os propósitos da disciplina assim como os limites da profissão.

Definições são sempre mais do que declarações concretas ou descrições objetivas da musicoterapia; elas também expressam as crenças pessoais e profissionais daquele que define. Sempre que indivíduos ou grupos criam suas próprias definições, eles não estão apenas jogando com palavras ou se prendendo a detalhes sem importância. Eles estão normalmente tentando expressar seus pontos de vista particulares sobre a musicoterapia ou enfatizar algo específico. Isso se torna claro quando a miríade de definições do campo é comparada entre si. Diferenças fundamentais nas bases filosóficas sobre música, terapia, saúde, doença e até sobre a vida são claramente evidentes. Cada definição reflete um ponto de vista bem específico sobre o que é música e o que ela tem de terapêutico, o que é terapia e como a música relaciona-se com isso, e por que as pessoas precisam de música e de terapia para ser saudáveis. Indo mais além, em cada definição está implicada a concepção e a distinção entre saúde e doença de

cada definidor. Assim, cada definição é mais do que uma síntese concisa sobre o que é musicoterapia; ela apresenta todo um mundo de pensamento acerca do campo e da identidade profissional da pessoa criando a definição.

Talvez este seja o porquê de musicoterapeutas eventualmente trocarem suas definições com o passar do tempo conforme ganham mais experiência – isso ocorre porque suas perspectivas do campo estão mudando. Conforme clínicos forjam novas abordagens e atendem novas populações, e conforme pesquisadores e teóricos do campo ganham mais conhecimento, novos horizontes para a musicoterapia são descobertos. Ao mesmo tempo, enquanto os profissionais de saúde em geral ganham maiores insights sobre doença e bem-estar e conforme novos conceitos e modelos de terapia se desenvolvem, noções fundamentais em musicoterapia são forçadas a tomar maior amplitude e profundidade. Como resultado, as definições precisam ser continuamente transformadas para refletir o “estado da arte”. Assim, quando definições são comparadas ao longo de um período de tempo, é possível notar estágios de desenvolvimento coletivo e individual dentro do campo e na área da saúde como um todo.

O Apêndice A revela como as definições de musicoterapia têm se transformado com os anos, bem como a forma que indivíduos e grupos têm expandido ou limitado suas compreensões do tema. É muito esclarecedor examinar cada definição publicada e se perguntar: essa definição é acurada, relevante, multicultural e inclusiva com todas as idéias e práticas pertencentes ao campo? O principal perigo aqui é que definições podem ser imprecisas, excludentes e enganosas, e podem ser baseadas em preconceitos, generalizações e falácias que por fim impedem o entendimento e o crescimento da disciplina. Colocado de maneira franca, existem boas e nem tão boas definições de musicoterapia, e a discussão continuada se faz necessária. De fato, definições fornecem uma base para auto-reflexão e discussão. Assim, mesmo que a perfeição não seja alcançável, não podemos desistir de tentar formular a melhor definição possível e de participar da discussão necessária para tal. De fato, o desafio central em estar em um campo como a musicoterapia é encontrar e articular nossa identidade da melhor forma que conseguirmos. E mesmo se, como alguns colegas sugerem, a musicoterapia seja indefinível, teremos nós a opção de deixá-la indefinida – ou pior, definida sem acuidade?

Uma palavra final sobre a relação entre as definições e o discurso profissional: devido às definições refletirem filosofias pessoais e identidades profissionais, musicoterapeutas frequentemente as usam como a base para a comunicação com outros dentro do campo. Quando usada no início de uma palestra ou oficina, ou quando usada na introdução de um artigo ou livro, uma definição informa sua audiência sobre a perspectiva do apresentador no que concerne à musicoterapia e, desta forma, estabelece um ambiente de troca ou comparação dos limites, filosofias e práticas clínicas.

Em resumo, definições exercem variadas e importantes funções: elas fornecem uma ferramenta efetiva na educação daqueles de fora do campo e na resposta a questões específicas; elas levantam questões fundamentais para profissionais do campo; elas fornecem limites para a prática clínica, teórica e para a pesquisa; elas particularizam o corpo de conhecimentos, perícias e habilidades necessárias para atuar no campo; elas projetam uma identidade profissional; elas revelam o ponto de vista do definidor; elas refletem diferentes estágios do desenvolvimento pessoal e coletivo; e elas fornecem um contexto para comunicação entre musicoterapeutas.

Dada a necessidade e a importância de definir o que é musicoterapia, não é surpresa encontrar mais de cem definições publicadas desde o final dos anos de setenta. Esta abundância de definições levanta algumas questões fundamentais. Por que é tão difícil para musicoterapeutas concordarem sobre o que é a musicoterapia? Por que nenhuma das tentativas atuais de definição foi suficiente ou satisfatória? A musicoterapia é difícil de definir? Ou serão os musicoterapeutas um pouco obcecados em definir quem são e o que fazem? Talvez, como campo, tenhamos o que Ansdell chamou de “ansiedade de definição”

(2005). Pode ser que não nos sintamos legitimados o suficiente se não tivermos as palavras certas para nos representar profissionalmente. Por outro lado, nossa falta de aceitação a qualquer uma ou mais definições pode refletir nossa "fobia de definição". Será que queremos a qualquer custo evitar que alguma coisa coloque palavras ou limites ao que fazemos?

Talvez a melhor forma de responder a essas perguntas seja examinar com mais detalhes os desafios envolvidos na tarefa de definir musicoterapia e então traçar os esforços do autor na tentativa de vencê-los.

2

OS DESAFIOS DA DEFINIÇÃO

A musicoterapia representa coisas diferentes para pessoas diferentes por uma miríade de razões. Muitas das diferenças podem ser atribuídas à natureza elusiva da musicoterapia. Alguns musicoterapeutas até pensam que ela é indefinível! De fato, ela é muito difícil de definir, e vários aspectos contribuem para isso. Como um corpo de conhecimento e prática, ela é um híbrido de duas áreas, música e terapia, que se relacionam com muitas outras disciplinas; como um campo transdisciplinar, ela é a um só tempo arte, ciência e humanidade; como uma fusão entre música e terapia, ambos os quais têm fronteiras obscuras, é muito difícil de definir; como uma modalidade de tratamento, é incrivelmente variada em sua aplicação, em suas metas, método e orientação teórica; como um esforço de nível mundial, é influenciada pelas diferenças entre as culturas; como disciplina e profissão, tem uma identidade dupla; e como um campo relativamente novo, ainda está em desenvolvimento. O propósito deste capítulo é examinar esses desafios.

A Musicoterapia é Definível?

A diversidade das definições já publicadas apresenta um desafio real na formulação de alguma que englobe ou que ao menos permita que diferentes perspectivas sejam expressas por ela. Se as diferenças de perspectiva são relevantes o suficiente a ponto de impedir sua conciliação ou integração, a pergunta mais fundamental se apresenta: É possível, ainda assim, definir musicoterapia? Estes desafios são grandes demais?

Dois desafios fundamentais são apresentados pela literatura. Stige (2002) sugere que, a partir de uma perspectiva centrada na cultura, a musicoterapia é uma "prática situada", significando que é melhor defini-la localmente do que universalmente. Para ele, a musicoterapia é uma construção sociocultural por natureza e, como tal, inescapavelmente significa coisas diferentes para pessoas diferentes em diferentes contextos. Sendo assim, a musicoterapia é um grupo de práticas diversas, existindo apenas no plural. Não há uma musicoterapia, mas muitas musicoterapias. O resultado é que talvez não seja possível formular uma definição guarda-chuva que seja válida transculturalmente.

Ansdell (2003) concorda com Stige sobre o contexto necessário para entender cada prática, mas vai além e diz que a musicoterapia não é um grupo de práticas – mas sim um discurso linguisticamente construído. "Como um discurso, a musicoterapia não é algo descoberto 'fora' da linguagem e em seguida descrito dentro da linguagem, mas algo ativamente construído dentro e através da linguagem" (p. 154). Assim, a musicoterapia não é algo concreto que exista fora da linguagem, mas uma abstração que criamos através do discurso. A conseqüência disso é que uma definição guarda-chuva como a proposta aqui é

meramente mais um construto lingüístico, que pode ser ou não ser verdadeira acerca de uma abstração que pode existir ou não "lá fora" na realidade.

Ambos os autores dão importantes insights sobre os desafios da definição de musicoterapia – entretanto, não podemos concluir através deles que a musicoterapia é indefinível ou que concepções mais inclusivas não sejam possíveis. Como ambos concordariam, Stige e Andell situaram suas idéias dentro de seus próprios e específicos contextos, e podemos assumir apenas que eles estão apresentando seus próprios construtos locais ou lingüísticos, alguns dos quais podem ser relevantes para outras culturas e discursos ou não. A Nota 2 A apresenta uma explanação sobre como as visões de Stige e Ansdell podem ser incorporadas em concepções maiores de musicoterapia e do processo de definição.

Transdisciplinaridade

Outro desafio na definição de musicoterapia é a sua transdisciplinaridade. A musicoterapia não é um tema isolado em si mesmo, mas sim um híbrido de duas disciplinas (música e terapia) bem como as muitas disciplinas que se agrupam ou se sobrepõem a essas duas, como artes, saúde, medicina, educação, psicologia, ciências humanas, e assim por diante. Isto torna muito difícil estabelecer fronteiras claras entre a "disciplina" específica musicoterapia e todas as outras disciplinas a ela relacionadas. Por exemplo, na prática, musicoterapeutas podem trabalhar em escolas buscando metas educacionais ou de desenvolvimento, ou então em hospitais buscando metas relacionadas à saúde, e podem trabalhar em serviços de saúde mental com objetivos psicoterapêuticos ou em comunidades com objetivos socioculturais. Como resultado, a teoria musicoterápica pode ser esboçada a partir de disciplinas como a filosofia, a sociologia, a medicina, a antropologia cultural, etc., enquanto a pesquisa musicoterápica pode contar com métodos encontrados nas artes, nas ciências exatas e nas ciências humanas.

Um importante aspecto de qualquer definição é que ela deve distinguir musicoterapia de todas as disciplinas relacionadas com sua prática, teoria e pesquisa. Podemos identificar o que torna a musicoterapia uma disciplina em si mesma? Por exemplo, quando é que a musicoterapia se torna fonoaudiologia, educação especial ou fisioterapia, e quando é que ela permanece claramente dentro de suas fronteiras? Ou qual é a diferença entre as teorias musicoterápicas e as teorias psicológicas ou estéticas? E o que determina se a pesquisa musicoterápica é pesquisa sociológica ou pesquisa médica? Se a musicoterapia é uma disciplina, ela precisa ter uma identidade própria com claras fronteiras separando o que faz parte ou não dela. E uma função primária de uma definição é propor justamente uma identidade e os limites necessários para se manter essa identidade.

Disciplina e Profissão

A musicoterapia tem dupla identidade. Como uma "disciplina", é um corpo de conhecimento organizado consistindo em teoria, prática e pesquisa, todas fazendo referência ao uso profissional da música com propósitos terapêuticos. Como uma "profissão", é um grupo organizado de pessoas usando o mesmo corpo de conhecimento em suas vocações como clínicos, educadores, gestores, supervisores, etc.

Esta identidade dual nos coloca diversas questões que afetam como a musicoterapia é definida.

> Quando concebida como uma disciplina, nossa identidade é definida pelo alcance das aplicações terapêuticas que a música tem, e os limites de nossa atuação são determinados pelo conhecimento que temos delas. Quando concebida como uma profissão, nossa identidade é definida pelos nomes de nossos empregos e responsabilidades, e os limites de nossa atuação são definidos por qualificações (e salários) impostas sobre nós por outros. (BRUSCIA, 1987, p. 26)

Muitas questões surgem daí. Em primeiro lugar, cada identidade é consistente com a outra? A disciplina tem a mesma identidade da profissão? A teoria, a pesquisa e a prática clínica são consistentes com a atuação pública, os títulos, responsabilidades e padrões que adotamos enquanto profissão? O corpo de conhecimento pertence à disciplina refletida no emprego profissional que fazemos enquanto clínicos, educadores, supervisores e gestores?

Em segundo lugar, em que medida cada identidade influencia a outra? A disciplina define a profissão, ou vice-versa? Mais especificamente, a teoria, a pesquisa e a prática determinam nossa atuação profissional, nossos títulos, responsabilidades e padrões, ou eles são determinados pela imagem profissional que outros têm de nós? Nós somos quem somos de acordo com o que sabemos e fazemos ou com o que eles entendem que sabemos e fazemos?

Outro desafio é que existem diferentes definições para a disciplina e para a profissão. Por exemplo, Stige (2002) propõe que “musicoterapia enquanto disciplina é o estudo e aprendizagem da relação entre música e saúde” (p. 198), o que torna a musicoterapia uma disciplina muito mais abrangente do que a presente definição (um conjunto específico de práticas combinando música e terapia). Sua definição de prática profissional é também mais ampla que a atual. “Musicoterapia enquanto prática profissional é a musicalização situada na saúde dentro de um processo planificado de colaboração entre cliente e terapeuta” (Stige, 2002, p. 200). “Situada” significa pertencente a um contexto sociocultural em transformação; “Saúde” é a qualidade das interações e atividades que estão capacitando; e “musicalização” é engajar-se numa experiência musical dialógica. Para comparações mais detalhadas entre a definição de Stige e a atual, ver a Nota 2B.

Arte, Ciência e Humanidade

Como uma fusão entre música e terapia, a musicoterapia é a um só tempo arte, ciência e humanidade. Como uma arte, está preocupada com subjetividade, individualidade, criatividade e beleza. Como uma ciência, está preocupada com objetividade, universalidade, replicabilidade e com a verdade. Como uma das humanidades, está preocupada com processos interpessoais de todos os níveis, incluindo comunidade, sociedade e cultura.

Ser tanto arte como ciência praticada dentro de uma matriz interpessoal e sociocultural requer a integração de muitos elementos à primeira vista contraditórios. Musicoterapia pode ser ao mesmo tempo objetiva e subjetiva, individual e coletiva, criativamente única e replicável, intrapessoal e interpessoal, sociocultural e transpessoal.

Como arte, a musicoterapia é organizada pela ciência e focada pelo processo interpessoal e sociocultural. Como ciência, ela é animada pela arte e humanizada pela relação terapeuta-cliente. Como processo interpessoal, é motivada e realizada através da arte e guiada pela ciência. Como uma das humanidades, ela forma e é formada pelos muitos fatores sociais, econômicos, políticos e culturais que

contextualizam nossas vidas como seres humanos.

É claro, estes paradoxos por vezes confundem as fronteiras da musicoterapia e complicam sua conceptualização e definição. Definir musicoterapia exclusivamente como qualquer uma destas citadas anteriormente é ignorar sua natureza única. De alguma forma, a musicoterapia deve ser concebida de forma a abarcar esta multiplicidade e ainda preservar sua integridade. Similarmente, os musicoterapeutas devem ser encarados de forma que reconheçam suas habilidades únicas como artistas, cientistas, terapeutas e membros da comunidade mundial.

Nas páginas que se seguem, ficará claro que ver a musicoterapia apenas como arte, ou ciência, ou processo interpessoal ou sociocultural leva a exclusão inaceitável dos outros aspectos. E estas exclusões são diretamente observáveis nas definições de seus proponentes.

Diversidade na Prática Clínica

A musicoterapia está atualmente sendo usada em escolas, clínicas, hospitais, centros residenciais, creches, asilos para idosos, casas de repouso, hospitais psiquiátricos, prisões, centros comunitários, workshops e práticas privadas. O público-alvo inclui crianças autistas e com distúrbios emocionais; adultos com transtornos psiquiátricos; retardo mental; indivíduos com necessidades especiais; crianças com dificuldades de aprendizagem, vítimas de abuso, ou com transtornos de comportamento; população carcerária; dependentes de álcool ou drogas; pacientes de especialidade médicas; terceira idade; pacientes terminais; neuróticos; grupos pós-trauma; e comunidades. A musicoterapia é também utilizada na assistência a pacientes em tratamento anti-estresse, em maternidades, em técnicas de biofeedback, controle da dor, auto-realização e desenvolvimento espiritual.

Naturalmente, metas e métodos variam de um setting para outro, de um público-alvo para outro e de um musicoterapeuta para outro. As metas podem ser educativas, recreativas, de reabilitação, preventivas ou psicoterapêuticas, focando nas necessidades físicas, emocionais, intelectuais, sociais ou espirituais do cliente. Métodos de tratamento podem enfatizar a escuta, a improvisação, a performance, a composição, o movimento ou a fala e podem incluir experiências adicionais em arte, dança, teatro e poesia. Os musicoterapeutas variam entre si de acordo com áreas de especialização e variadas orientações clínicas existentes em cada área. Por exemplo, musicoterapeutas com especialização em reabilitação podem basear seu trabalho em teorias comportamentais, enquanto outros podem usar a teoria da comunicação; alguns podem trabalhar visando desenvolver comportamentos adaptativos, outros podem focar no aprendizado acadêmico e outros ainda podem enfatizar a qualidade de vida. Musicoterapeutas em hospitais ou em serviços de cuidados paliativos podem trabalhar com a orientação biopsicosocial ou transpessoal; alguns podem trabalhar intervindo no processo do adoecimento e seus efeitos e outros podem visar o bem-estar. Musicopsicoterapeutas podem operar dentro de uma grande diversidade de teorias psicológicas, variando da psicanálise à existencial, da cognitiva à humanista e transpessoal.

As implicações de tal diversidade são enormes. Como podem práticas clínicas tão diferentes estarem contidas dentro das mesmas fronteiras? Existe um foco comum ou idéia básica que unifique as principais metas, métodos e orientações? Existe ao menos alguma coisa que possa estar presente e consistente em *toda* definição de musicoterapia, independente de públicoalvo e setting?

Problemas Definindo Música

Filósofos, psicólogos e musicólogos batalharam por séculos com o caráter elusivo da música por uma definição. Em termos simples, música é a arte de organizar sons ao longo do tempo. Mas em que ponto esta organização de sons torna-se uma arte? Certas combinações e seqüências sonoras soam mais como ruído do que como música, mesmo quando organizadas cuidadosamente; por outro lado, outras combinações e seqüências soam claramente como música, mas algumas são mais artisticamente organizadas do que outras. Por qual critério julgamos o que é organizado e o que não é? O que é esteticamente significante em música e o que não é? O que é determinante ao considerar uma resposta musical como um esforço estético ou artístico? Padrões universais podem ser aplicados em julgamentos de mérito estético ou artístico?

E então existem muitas outras questões igualmente tortuosas: música sempre envolve som? Música envolve a organização de silêncio, ruído e vibrações? Para ser considerado música deve ser necessariamente experienciado pelos ouvidos? Receber através do tato estímulos sonoros artisticamente organizados é uma forma de experiência musical? Será a música estritamente humana, isto é, todos os sons nela contidos deverão ter sido produzidos pelo homem, ou a música inclui sons de fontes naturais e ambientais? Os cantos dos pássaros e das baleias são músicas?

As respostas a essas perguntas podem ser abordadas a partir de uma variedade de perspectivas. O físico poderá olhar para os atributos objetivos do produto musical e, como resultado, definir música de acordo com as relações estruturais e organizacionais entre sons e outros eventos temporais. O psicólogo poderá olhar para como estes atributos físicos e objetivos do som são experimentados pelo ouvinte ou pelo músico e assim definir música de acordo com um critério experiencial. O antropólogo buscaria as origens da música em cada cultura e os pontos em comum entre as experiências musicais de diferentes culturas e definiria música de acordo com suas propriedades compartilhadas ou universais. O sociólogo olhará os papéis e funções da música em sociedade e a definirá em termos de sua importância coletiva. O filósofo pode comparar a música à linguagem, à comunicação, e outras modalidades artísticas e definir de acordo com sua singularidade, enquanto estabelece um critério estético para as artes.

Contrastando com essas abordagens teóricas, o entendimento do que é música para um músico vem através de um envolvimento direto e pessoal no processo de criação, recriação e audição musical. É o músico que sabe o que é mais essencial na música e na experiência musical. Mas aqui também existem diferenças de perspectiva. Um compositor encara a música e a experiência musical de forma diferente de um *performer* e improvisador, e este as vê de forma diferente do ouvinte, e o historiador diferente do crítico ou do professor.

Enquanto essas várias conceptualizações da música fornecem o início de uma fundação para o entendimento do se trata a música e a experiência musical, é importante notar que elas nem sempre são relevantes para a prática clínica efetiva. Existem muitas instâncias no contexto terapêutico onde a música deve ser definida de forma diferenciada. Por vezes esta será menos completa ou organizada do que os parâmetros convencionais exigem. Algumas vezes o processo não parece artístico ou criativo. Algumas vezes a experiência não é auditiva. Algumas vezes elementos não-musicais e outras artes são adicionados de modo que a experiência ultrapassa o que é convencionalmente definido como música. Algumas vezes padrões estéticos são irrelevantes ou pouco importantes, e a música não atinge critérios estéticos estabelecidos em definições convencionais.

Assim, não obstante os insights do físico, psicólogo, antropólogo, sociólogo, filósofo e músico, a questão mais relevante é: como um *musicoterapeuta* define música? Quais aspectos do seu uso como

terapia podem mudar nossa noção fundamental acerca da natureza da música e suas fronteiras? O que é exatamente a música no contexto clínico?

Mais tarde neste livro, estas questões serão abordadas. Por ora, é importante ter em conta que quando o musicoterapeuta define música em um contexto clínico, vários fatores devem ser considerados, incluindo as fronteiras e os diferentes níveis de organização humana e mérito artístico intrínsecos.

Problemas Definindo Terapia

Definir terapia é tão difícil quanto definir música; de fato, as questões e problemas são muito similares. Os componentes da terapia, como os elementos da música, são bem numerosos e justapostos, e as experiências quanto à terapia, como as experiências musicais, são variadas e estratificadas. E como acontece nas dificuldades de se separar a música das artes, é difícil distinguir terapia de educação, desenvolvimento, crescimento, cura e uma série de outros fenômenos comumente associados à "saúde". Simplificando, estabelecer critérios para o que é e o que não é terapia é tão difícil quanto decidir o que é música e o que não é.

Terapia é tradicionalmente definida nos termos de sua raiz grega *therapeia*, que significa assistir, servir, ajudar ou tratar. Quando tomadas em conjunto, formam certamente os elementos essenciais da terapia; entretanto, não formam uma definição. Para termos uma definição adequada, muitas questões devem ser esclarecidas. Uma terapia se baseia em algum tipo particular de assistência, serviço, ajuda ou tratamento? Uma pessoa que precisa deste suporte se qualifica como cliente? É de alguma importância quem faz a assistência, serviço, ajuda ou tratamento, e esta pessoa precisa de algum treinamento especial? Qual é o processo pelo qual este tipo de apoio é dado, e quais são os tipos de transformação que têm lugar como resultado?

Para ser abrangente, uma definição de musicoterapia deve, portanto responder a algumas questões: (1) o estado de saúde ou necessidades do cliente que podem ser resolvidas pela musicoterapia; (2) os respectivos papéis e funções da música e do terapeuta; (3) as qualificações e responsabilidades do terapeuta; (4) a natureza das relações que se desenvolvem entre cliente(s), música e terapeuta; (5) as metas da terapia adequadas às diferentes orientações filosóficas; e (6) uma descrição do processo terapêutico que articula a natureza da transformação sem viés filosófico.

A Necessidade de Fronteiras

Toda profissão de saúde deve estabelecer os limites ou fronteiras de sua prática clínica para resolver a mais fundamental de todas as preocupações éticas: "em primeiro lugar, não causar mal algum". Quando um profissional de saúde vai além de sua competência, expertise ou limite legal em seu trabalho com os clientes, ou quando ele ultrapassa o escopo da prática estabelecida por sua profissão, ele arrisca colocar em risco a saúde e bemestar de seus clientes. Por exemplo, quando musicoterapeutas usam métodos nos quais não são treinados ou que não são qualificados para praticar (p.ex., Imagens Guiadas e Música, Musicoterapia Neurológica, Musicoterapia Analítica), a possibilidade de causar dano ao paciente aumenta significativamente; quando um musicoterapeuta tenta oferecer os serviços ou usa os protocolos de tratamento de um fisioterapeuta, de um psicoterapeuta ou de um médico, é a saúde e o bem-estar do cliente que são ameaçados imediatamente. Para qualquer prática de saúde ser ética, esta deve ter

fronteiras bem claras.

Uma tarefa importante, então, para todo profissional de saúde, é determinar quais práticas estão dentro de suas fronteiras e quais são aquelas que estão do lado de fora. Em termos da musicoterapia, por exemplo, quais metas, métodos, orientações etc, fazem parte da disciplina e quais não fazem? Isto é normalmente chamado o escopo da prática. A resposta a esta questão por sua vez determina para quais práticas os musicoterapeutas serão instruídos e formados, e também determina aquelas práticas que ficarão de fora. Isto é comumente chamado de os conhecimentos, perícias e habilidades da profissão. Assim, as fronteiras dadas ao escopo da prática determinam o conhecimento, as perícias e as habilidades dos praticantes, os quais por sua vez põem limites ao escopo da educação e formação destes profissionais. É importante não assumir o reverso como verdadeiro: o escopo da educação e formação dadas a qualquer grupo de profissionais em particular não delimita as fronteiras para o escopo completo da prática clínica. Alguns musicoterapeutas têm se formado em muitas áreas da prática, outros em áreas bem limitadas. Assim, não podemos nos fiar no escopo de educação e formação fornecido a profissionais para determinar o escopo da prática clínica de toda a disciplina. Analogamente, nem a definição de musicoterapia pode ser limitada àquelas áreas da prática mais favorecidas por uma universidade, formação ou país em particular, nem pode ser ampliada para incluir áreas que estão além das fronteiras de uma prática segura e competente.

O desafio em definir qualquer disciplina ou profissão é não ser exclusivista ou inclusivista em demasiado, o que é particularmente difícil no que concerne à musicoterapia. Aqui estão algumas questões que colocam os mais sérios dilemas na definição das fronteiras da musicoterapia:

- Quais tipos de experiências sonoras ou musicais servem como meios para a terapia?
- Existem quaisquer condições ou circunstâncias que determinam quando uma experiência sonora ou musical torna-se terapêutica?
- Quando é que a terapia inclui ou não envolvimento sociocultural?
- Todas as práticas executadas por um musicoterapeuta fazem parte do arcabouço da musicoterapia, independente de sua relevância para a música? Quais metas e métodos pertencem às fronteiras da musicoterapia? E quais não?
- Quais tipos de relações e interações estão incluídas dentro das fronteiras da relação cliente-terapeuta? E quais não?
- Quais modalidades diferentes da música (discussão, desenho, movimento) pertencem às fronteiras da musicoterapia e quais não? Quais limites são necessários?

Diferenças em Perspectiva

Até agora consideramos os problemas da definição de musicoterapia apenas do ponto de vista profissional, isto é, da perspectiva do terapeuta. Mas qual significado uma definição feita por profissionais tem para os clientes atendidos por eles, mesmo quando esta definição "técnica" resolve as muitas questões teóricas levantadas aqui? Como os clientes definem musicoterapia? Onde eles colocam as fronteiras da música e da terapia? Os cliente concordam em como os terapeutas definem o que eles estão experimentando? A experiência e o entendimento do cliente sobre a musicoterapia são os mesmos que os do terapeuta? É possível definir a musicoterapia colaborativamente?

Levando isto ainda mais além, diferenças de perspectivas também serão encontradas entre os profissionais. Um praticante definirá musicoterapia dentro de um contexto clínico, que pode ser uma perspectiva diferente daquela de um pesquisador que a define dentro de um contexto científico, que pode ser diferente da perspectiva de um teórico que define a musicoterapia dentro de um contexto filosófico.

A pesquisa ajudará bastante na comparação e integração destas perspectivas. Enquanto isso, deve-se ter em mente que a maior parte deste livro lida com as perspectivas de profissionais musicoterapeutas.

Diferenças Culturais

A musicoterapia não pertence à tradição de nenhuma cultura, raça, país ou etnia; ela é global em sua concepção e manifestação. Ela é global não apenas porque existe como profissão na maioria das nações industrializadas ao redor do globo, mas também, e mais importante, porque a ideia de utilizar a música como arte de cura existiu por séculos em diferentes culturas. Moreno (1988) argumenta que a musicoterapia, sem ser descrita como tal, "é atualmente uma prática próspera em incontáveis sociedades tribais e não-tecnológicas na Ásia, África, América, Oceania e Europa" (p. 271). Ele continua e afirma que na maioria dessas culturas, música e cura são praticadas juntas dentro da tradição xamânica. Um Xamã é um sacerdote ou curandeiro que usa rituais envolvendo as artes da cura aos doentes.

Então qual a relevância que tudo isso tem para a definição de musicoterapia? Toda! A forma com que uma cultura define e usa a música determina se esta é considerada relevante para a medicina, para a cura ou para a terapia; analogamente, a forma como uma cultura encara a medicina, a cura e a terapia determinam o quão relevante a música é para ela. Um bom exemplo é como Moreno (1988) descreve o xamã. Na maioria das sociedades ele é multidisciplinar, isto é, ao invés de ser um especialista em uma forma de arte, o xamã sempre integra música, arte, dança e dramatização em uma abordagem holística à cura. O resultado disso é que, dentro de uma cultura onde a música e as outras artes estão relacionadas umas com as outras, a musicoterapia deve ser definida de forma bem ampliada; em contraste, em nossa própria cultura tecnológica onde a música tem fronteiras mais claramente definidas com as outras artes e é muitas vezes dividida em subespecialidades, a musicoterapia deve ser definida de forma mais restrita. Assim, raramente esperamos que um músico seja um pintor, dançarino ou ator ou que um musicoterapeuta também faça arte, dança ou dramaterapia. De fato, estamos no momento nos dirigindo para uma especialização cada vez maior dentro da própria musicoterapia (p. ex., improvisação, imagens guiadas, percussão etc.).

É claro, diferenças culturais têm muitas implicações na definição de musicoterapia além de como a música e as outras artes estão relacionadas. Muitas questões importantes surgem enquanto as artes e as arte-terapias surgem em diferentes países. Imagine como a musicoterapia seria definida em culturas onde a música é vista como puramente recreativa. A musicoterapia seria aceita em países que não tem a música em seus currículos escolares? Como ela seria definida em países onde a música é integralmente ligada ao empreendimento espiritual ou devocional? Quando a música já está relacionada à cura divina, existiria a necessidade de um profissional de musicoterapia? Seria o fornecimento pago de musicoterapia visto como sacrilégio, ou mesmo como uma secularização da natureza sagrada da música?

E por último, mas não menos importante, como a musicoterapia seria definida em culturas que não consideram a terapia como algo importante ou de valor, ou onde qualquer forma de introspecção psicológica é mal vista? Não deveríamos assumir que nossas próprias noções e atitudes sobre a terapia sejam universais. Ir à terapia certamente não é tão popular nem dá qualquer status em outras culturas, e,

de fato, em algumas delas a própria ideia de pagar alguém para ajudá-lo com seus problemas pessoais é considerado algo bastante bizarro.

Diferenças Socioeconômicas

Diferenças socioeconômicas entre países, mesmo entre aqueles que compartilham a mesma cultura ou idioma, têm um efeito significativo em como a musicoterapia é praticada e, portanto, definida. Muito depende de como a atenção à saúde é financiada e, mais especificamente, como os serviços como a musicoterapia são remunerados. Este é um exemplo perfeito de como a profissão influencia a disciplina. Em países muito pobres, onde questões prioritárias de saúde mal conseguem ser resolvidas, encontraremos muito poucos musicoterapeutas e muito poucas oportunidades para os serviços de musicoterapia, ao passo que em países mais ricos, onde a assistência à saúde é bem organizada e bem financiada, encontraremos mais musicoterapeutas e mais oportunidades para os serviços da musicoterapia. Obviamente, existirão diferenças em como estes países entendem a musicoterapia e seus benefícios em potencial.

Os musicoterapeutas que são chamados a atender as expectativas das agências de financiamento governamentais provavelmente irão conceber, descrever e oferecer seus serviços de forma diferente daqueles que trabalham para planos de saúde ou que recebem seus pagamentos diretamente do cliente. Aqui, a forma como a musicoterapia é definida é influenciada por quem está pagando e pela natureza de suas expectativas. Oferecer serviços de musicoterapia que são pagos pelo governo trazem um nível diferente de responsabilização se comparado a pagamentos de empresas privadas ou diretamente via cliente. Onde o esforço financeiro é maior para pagar pelo serviço da musicoterapia, existem maiores expectativas no que diz respeito à responsabilidade e menores índices de remuneração pelo serviço. Provavelmente o exemplo mais relevante é o conceito de serviços “baseados em evidências” que permeiam a assistência à saúde em alguns países. Imagine como os musicoterapeutas desses países difeririam em sua definição de musicoterapia?

Isto por sua vez aponta para diferenças em como os distintos sistemas econômicos (p. ex., capitalismo, socialismo, comunismo) afetam a economia e como a assistência à saúde é financiada. O capitalismo tráz um viés mais individualista para os benefícios da terapia, ao passo que o socialismo e o comunismo trazem uma visada mais coletiva. Em países capitalistas, a assistência à saúde e os serviços de musicoterapia em particular são mais comumente financiados por indivíduos ou por companhias de seguros, ao passo que em países socialistas ou comunistas eles são mais comumente financiados pelos governos através dos impostos. Desnecessário dizer, a responsabilidade da musicoterapia pode variar drasticamente, e isto pode afetar como os serviços de musicoterapia são concebidos e fornecidos.

Ainda em Desenvolvimento

A musicoterapia ainda está em desenvolvimento; ainda está no processo de vir a ser. Apesar da ideia se se usar música em terapia ter milhares de anos, não foi antes do século XX que um corpo suficiente de conhecimento foi reunido e documentado para criar a “disciplina”. Assim, como uma disciplina formal, ela é ainda bem jovem. Teorias estão apenas começando a tomar forma e a necessidade de pesquisa está agora começando a ficar clara.

Como uma “profissão”, a musicoterapia tem poucas décadas de idade. Nos Estados Unidos, o nascimento da profissão remonta à fundação da Associação Nacional de Musicoterapia em 1950 – há meros 60 anos ou mais. Por sua pouca idade, sua identidade como profissão ainda não emergiu completamente no meio educativo e da assistência à saúde. O nome final do cargo e a descrição da posição ainda não foram escritos.

As consequências para a descrição da musicoterapia são muitas. A musicoterapia não pode ser definida apenas nos termos do seu status atual, pois deve permanecer aberta para suas possibilidades futuras, tanto como uma disciplina como uma profissão. “A musicoterapia não é apenas o que ela é hoje, mas também o que promete ser quando estiver totalmente desenvolvida” (BRUSCIA, 1987b, p. 26).

Também deve ser mencionado que os musicoterapeutas tiveram de forjar suas identidades num clima socioeconômico e político que é ao mesmo tempo demandante e mutante. A musicoterapia teve que crescer em uma cultura de “pista de alta velocidade” onde se espera que profissionais de saúde produzam resultados não menos espetaculares do que uma viagem espacial, em um tempo onde os valores da intimidade e da arte são facilmente comprometidos pelas proezas da ciência.

Com esses desafios culturais vieram pressões econômicas. Prioridades governamentais para a assistência à saúde estão em constante mudança, e fluxos de financiamento aparecem e desaparecem em cenários com constante transformação. A desinstitucionalização e a universalização já foram amplamente realizadas, mas seus efeitos de longo prazo somente agora começam a aparecer. Como resultado, mercados de trabalho têm surgido e desaparecido como miragens e os musicoterapeutas tiveram de forçar suas identidades profissionais ao limite para se acomodarem em cada onda da reforma do serviço de saúde. As metas e métodos da musicoterapia tiveram de se expandir para suprir as necessidades de novas clientelas e para acomodar as transformações necessárias para o público já familiarizado. Ao mesmo tempo, a musicoterapia tem sido revolucionada pelas atuais mudanças na filosofia da ciência e no aumento dramático de abordagens holísticas à saúde.

É importante notar que pressões ambientais não são incomuns nem necessariamente nocivas ao processo de formação de identidade. Sem tais pressões, a musicoterapia não teria desenvolvido a incrível riqueza que dispõe nos dias de hoje; por outro lado, o preço por tal diversificação pode muito bem tornar-se uma perda de seus limites em uma confusão de identidades. Até onde a musicoterapia pode se esticar?

Implicações

Dado os diversos desafios inerentes na definição da musicoterapia citados neste capítulo, é bem improvável que um definição universalmente aceita ou final seja um dia formulada. A musicoterapia é muito ampla e complexa para ser definida ou contida por uma única cultura, filosofia, modelo de tratamento, setting clínico ou definidor. Esta é precisamente a razão de existir tantas definições diferentes para ela, e o motivo para a definição deste livro ser uma definição “de trabalho”. Nós estamos e sempre estaremos no processo de definição – pois as questões e os diversos casos e perguntas levantados aqui sempre irão variar de acordo com o definidor e o contexto no qual a definição tem lugar. O ponto importante é que o propósito de criar uma definição não é determinar de uma vez por todas o que é a musicoterapia; é meramente estabelecer uma nova perspectiva ou abordagem para concebê-la; é uma outra tentativa de responder as questões nucleares básicas. Assim, cada definição é importante porque ao examinarmos como o definidor respondeu à miríade de questões e desafios inerentes à tarefa, temos a oportunidade de ampliar e aprofundar nossa compreensão do que é musicoterapia.

3

UMA ANÁLISE DAS DEFINIÇÕES EXISTENTES

Ambas as edições anteriores deste livro apresentaram variadas definições de musicoterapia por autores, praticantes e associações. Na edição de 1989, 44 destas foram apresentadas, e na edição de 1998, 60. Embora estas definições tenham fornecido um excelente recurso para ambas as edições, elas não foram analisadas de forma sistemática ou usadas diretamente como base na construção da definição de 1989 ou 1998.

Para a edição de 2014, uma análise detalhada foi feita a partir das mais de cem definições mostradas no Apêndice A. O propósito desta análise foi posteriormente iluminar as questões inerentes à tarefa de definir musicoterapia, ajudar na revisão à definição de 1998 e esclarecer como a definição de 2014 se compara com outras definições existentes.

O primeiro passo na análise foi quebrar cada definição em suas unidades semânticas e gramaticais mais importantes. As seguintes unidades estavam presentes na maioria das definições:

- Predicativo do Sujeito: o substantivo usado depois de “musicoterapia é ______”; a palavra usada para identificar, definir ou descrever o sujeito. Por exemplo, musicoterapia é o *uso*, ou a *aplicação*, ou o *método*.
- Descritivo: os adjetivos usados para descrever o predicativo do sujeito. Por exemplo, musicoterapia é o uso *prescrito*, ou o processo *sistemático*, ou a prática *situada*.
- Agentes: O que segue o predicativo do sujeito após a preposição “de”? Qual é o Agente nomeado na definição? Por exemplo, o uso da *música*, do *som*, do *movimento*, e assim por diante.
- Contexto Clínico: Quais outros agentes ou estratégias são identificadas além do agente principal (i.e., a música), e como eles operam em harmonia na prática musicoterápica?
- Setting: Onde e/ou em qual capacidade a musicoterapia é usada? Por exemplo, *em escolas e hospitais*, ou *em centros de reabilitação e tratamento*.
- Meta: O que é dado como proposta, fim ou meta da musicoterapia? Normalmente a meta tem dois componentes, o infinitivo (*promover*) e o objeto (*saúde*).
- Público-alvo: Como o público da terapia é nomeado ou descrito?
- Terapeuta: Como é nomeado ou descrito o terapeuta?

Cada definição foi então analisada segundo as unidades acima e registrada no Microsoft Excel. A

planilha inteira foi então revisada para garantir que as palavras de cada coluna pudessem ser agrupadas apropriadamente com as outras da mesma coluna. Por exemplo, definições contendo o predicativo do sujeito "aplicação" tornaram-se uma subcategoria do predicativo do sujeito "uso", e a célula foi rotulada como "uso/aplicação". O Excel foi utilizado então para ordenar alfabeticamente o conteúdo de cada unidade (ou coluna) no sentido de agrupar as definições de acordo com diferentes predicativos. Esta se tornou a melhor forma de conceituar as principais diferenças e similaridades entre as definições.

O que se segue é a discussão de cada unidade ou coluna de informação, por vezes em termos de sua freqüência de aparição (p. ex., quantas definições contém os termos "prescrito" ou "sistemático") e outras vezes em termos do significado e das implicações do termo em si. Assim, o objetivo não era apenas encontrar os termos ou conceitos mais acordados ou frequentemente usados, mas também identificar as diferentes formas de se conceituar musicoterapia.

Predicativos do Sujeito e do Objeto

Na revisão dos predicativos do sujeito e do objeto, três esquemas foram identificados: o esquema de ferramenta, de processo e de identidade. Ver Tabela 3-1.

No *esquema de ferramenta*, a musicoterapia foi definida como o "uso de" ou "aplicação de" alguma coisa, ou uma coleção de "técnicas". Estas definições apresentam a musicoterapia como uma "ferramenta" ou implementação para realizar alguma coisa, ou, no mesmo veio, como um tipo específico de intervenção – um tipo particular de "meio para um fim".

Note como os diferentes predicativos do objeto para este esquema enfatizam que a musicoterapia é um uso intencional, científico ou tecnológico de alguma coisa e que este uso é baseado em determinado conhecimento e perícia utilizado por um profissional.

No *esquema de processo*, a musicoterapia foi definida como um "processo", "abordagem", "forma" de tratamento ou "quadro". Estes termos sugerem que ela é uma forma multifacetada ou mais complexa de trabalhar que envolve mais do que uma "ferramenta" agindo de forma complementar e recíproca. Como tal, processo é uma noção mais relacional do que ferramenta; ademais, um processo sugere que a musicoterapia pode ser um esforço interpessoal, tanto como objetivo ou científico.

Note como os predicativos de objeto são muito mais variados neste esquema. Alguns implicam que o terapeuta deve ser intencional e bem informado, outros implicam que o processo seja relacional e centrado no cliente e outros ainda sugerem quão multifacetada a musicoterapia é (científica, artística, criativa e expressiva).

No *esquema de identidade*, a musicoterapia foi definida como uma disciplina, prática ou profissão. Estas definições implicam que a metaperspectiva é necessária para identificar a qual lugar a musicoterapia pertence no amplo quadro dos cuidados de saúde. Ela é uma prática, uma disciplina ou uma profissão? E onde e como está situada?

Note como os predicativos do objeto neste esquema tentam esclarecer a posição e o status da musicoterapia entre as disciplinas da saúde, incluindo sua independência e sua legitimidade.

Os Agentes

A unidade seguinte diz respeito ao que estava sendo “utilizado” como ferramenta ou meio de tratamento, quais elementos ou fatores estavam envolvidos no processo e quais destes determinavam as fronteiras da disciplina. Como mostrado na Tabela 3-2, quatro correntes de pensamento foram identificadas:

1) A música é o único agente listado da musicoterapia;
2) A música e o som são listados como coagentes, algumas vezes incluindo o movimento;
3) A música e o terapeuta são listados como coagentes;
4) A música, o terapeuta e outros relacionamentos inerentes são listados como coagentes.

Tabela 3-1: Predicativos do Sujeito e do Objeto nas Definições de Musicoterapia

	PREDICATIVOS DO SUJEITO		
	ESQUEMA DE FERRAMENTA	ESQUEMA DE PROCESSO	ESQUEMA DE IDENTIDADE
PREDICATIVO DO SUJEITO	Uso Aplicação Coleção de Técnicas	Processo Abordagem Forma Quadro Colaboração Experiência	Prática Disciplina Profissão Teoria Arte Ciência Serviço
PREDICATIVO DO OBJETO	Prescrito Individualizado Planejado Direto Consciente Controlado Científico Clinicamente baseado Baseado em Evidências Estruturado Sistemático Habilidoso Profissional	Planejado Intencional Sistemático Dirigido a resultados Orientado a recursos Curativo Científico Artístico Estético Criativo Interpessoal Baseado em Conhecimento	Cientificamente baseado Expressivo Paramédico Aliado à Saúde Estabelecido Comportamental De Suporte Prescrita Medicamente Diagnóstica Situado

	Especializado Funcional Criativo	Regulado Metódico Organizado no Tempo	

Tabela 3-2: Os Agentes da Mus

SOMENTE MÚSI	MÚSICA E RELAÇÕES
Música	Música dentro de uma relação terapêutica
Processo Musical	Mídia Musical dentro de uma relação terapêutica
Estímulo Musical	Mídia Musical dentro de uma relação terapêutica entre um ou mais clientes e um ou mais terapeutas
Atividades Musicais: ativo e passivo; especialmente organizadas	Relação Musical e Interpessoal entre terapeuta e cliente
Música e Atividades Musicais	Experiências musicais e as relações desenvolvidas através delas
Música e todas as suas facetas (físicas, emocionais, mentais, sociais, estéticas e espirituais)	Relação mútua entre cliente e terapeuta
Música, a arte da	Relação tríplice entre terapeuta, cliente e música
Música, os elementos da (ritmo, melodia harmonia, timbre, dinâmicas, etc.)	Terapeuta e cliente trabalhando juntos musicalmente
Música e suas qualidades especiais	MÚSICA E TERAPEUTA
Propriedades únicas e potenciais da música	Música e as habilidades do terapeuta
Potencial terapêutico inerente encontrado nos componentes básicos da música e na música como uma forma artística complexa	Música e o self do terapeuta
Música, seus elementos e suas influências no ser humano	
Música predominantemente improvisada	
Sentimentos musicais e emoções	
SOM E MÚSICA	SOM, MÚSICA E RELAÇÕES
Som e música	Som organizado e música dentro de uma relação em expansão
Som (musical ou não), música e movimento	Linguagem som-música dentro da relação terapeuta-paciente
Som, música e ruído (receptivo ou criativo, gravado ou executado)	Potenciais únicos da música, do som e do movimento, e as relações que se desenvolvem

	através da experimentação da música

Note que em algumas definições, a música é listada por ela mesma sem mais explicações sobre o que a torna terapêutica. Em outras, certos elementos, componentes, facetas ou qualidades da música são especialmente identificadas como agentes terapêuticos e em outras ainda o definidor simplesmente se referiu aos potenciais terapêuticos únicos ou às influências da música. Algumas definições especificam o agente terapêutico como atividade musical, experiência musical, processo musical, sentimentos e emoções musicais ou a arte da música; outros vão além especificando tipos particulares de envolvimento musical que são significativos terapeuticamente, tais como ativo e passivo, vocal e instrumental, receptivo e criativo, predominantemente improvisado e gravado e ao vivo.

Da mesma forma, diferentes concepções se baseiam no que diz respeito aos coagentes. Algumas listam o terapeuta como coagente e outras apontam para relações específicas formadas quando cliente e terapeuta interagem através da música.

Predicativos do Objeto para o Musicoterapeuta

A Tabela 3-3 mostra como o terapeuta é variadamente descrito e o quão meticulosas algumas descrições podem ser. O provedor da musicoterapia deve ser um musicoterapeuta por treinamento, experiência, credencial ou profissão? Ou ele pode ser um profissional, pessoa ou indivíduo sem tais qualificações? A musicoterapia acontece se não for implementada por um “musicoterapeuta” com tais pré-requisitos? E então, claro, o que deve estar incluído nestes pré-requisitos? No nível mais básico, quais são as características e os recursos que definem um musicoterapeuta?

Predicativos do Objeto para os Beneficários

Como mostrado na Tabela 3-4, potenciais beneficiários da musicoterapia podem ser indivíduos, grupos, comunidades e/ou mesmo a sociedade e o ambiente. Existem duas maneiras onde isso é possível. Na primeira, o musicoterapeuta foca na indução da mudança sobre o indivíduo, e então, pela própria natureza da mudança feita pelo indivíduo, este por sua vez provoca o grupo, comunidade, sociedade e/ou o ambiente a transformar-se de acordo, sem o envolvimento posterior do terapeuta. A crença implícita aqui é que o indivíduo é o social e o social é o indivíduo; assim, qualquer mudança no indivíduo é automaticamente uma mudança no social. Reciprocamente, todas as transformações no grupo, sociedade ou ambiente disparam transformações no indivíduo.

Tabela 3-3: Predicativos do Objeto para o Musicoterapeuta

NOME	PREDICATIVOS DO OBJETO
Musicoterapeuta	Nenhum Com treinamento como músico, clínico e pesquisador Qualificado

	Autorizado Certificado Treinado
Terapeuta	Treinado Artista que usando de sensibilidade e criatividade põe em movimento e guia o processo Fonte e guia
Profissional	Credenciado Que completou um curso reconhecido de musicoterapia
Indivíduo ou Pessoa	Com treinamento apropriado Especialmente treinado Profissionalmente treinado

A segunda forma é quando o musicoterapeuta foca em dois ou mais beneficiários. Isto é feito tomando uma abordagem local ou trabalhando em loco. Por exemplo, musicoterapeutas podem trabalhar com um indivíduo no contexto de sua família, separadamente e/ou em conjunto, de forma que todas as partes mudem no sentido de estarem abertas a relacionamentos mais saudáveis entre todos os membros da família. Outro exemplo é trabalhar na integração de um grupo de crianças institucionalizadas dentro da comunidade, pela preparação de ambos os lados para a integração.

Os nomes dados aos beneficiários individuais da musicoterapia variam amplamente de acordo com o setting clínico, orientação teórica e cultura. Em escolas e em orientações educacionais ou comportamentais da musicoterapia, estes podem ser chamados de estudantes. Em hospitais e em orientações médicas eles serão pacientes, e em clínicas e na prática privada, ou em uma orientação humanística, eles serão chamados de clientes. Mas isso também varia de acordo com o país. Em alguns países e idiomas, “cliente” significa consumidor, tornando seu uso inapropriado para um beneficiário da musicoterapia. Em alguns casos, “paciente” é considerado o único nome apropriado; em outros, não é.

Tabela 3-4: Predicativos do Objeto para Beneficiários da Musicoterapia

BENEFICIÁRIO	REFERÊNCIA À SAÚDE	ÁREA DA SAÚDE
Cliente	Necessidade	Motora
Paciente	Desafio	Sensorial
Indivíduo	Deficiência	Somática
Pessoa	Dificuldade	Física
Ser humano	Necessidade Especial	Médica
Crianças	Desordem	Emocional
Adultos	Doença	Comportamental
Grupo	Enfermidade	Mental

Família	Limite	Intelectual
Comunidade	Carência	Relacional
	Problema	Interpessoal
	Patologia	Social
	Inadequação	Psicológica
	Atipicidade	Desenvolvimento
	Recurso	Qualidade de vida
		Meta

Uma listagem extensiva de referências à saúde é associada com os beneficiários da musicoterapia. Note que estas referências são em sua maioria orientadas a problemas. Isto é, clientes ou pacientes em musicoterapia são definidos como tendo um problema de algum tipo. Curiosamente, entretanto, isso é o oposto do que é dito como objetivo da musicoterapia na maioria destas definições, que são definitivamente positivas em suas orientações. Em quase todos os casos, o objetivo da musicoterapia é uma realização positiva, mais do que uma tentativa de consertar ou resolver um problema.

Objetivos e Resultados da Musicoterapia

Definições existentes apresentam um quadro complexo para o objetivo geral da musicoterapia. Este em geral revela as fronteiras dadas ou não para a musicoterapia, assim como as crenças básicas sobre sua própria natureza. Algumas definições descrevem a prática dentro de um setting em particular ou com uma população específica, enquanto outras destinam-se à descrição de toda a prática musicoterápica.

Para manejar essas complexidades, os objetivos estabelecidos nas definições existentes foram divididos em três elementos: esforço, resultado e área. Na Tabela 3-5, a coluna Esforço mostra as principais categorias encontradas no que concerne ao que a musicoterapia (e todos seus variados agentes) “faz” pelo cliente, como é revelado pela frase no infinitivo. A coluna resultado fornece os efeitos desejados de musicoterapia, como revelado no objeto da frase no infinitivo. Assim, por exemplo, a musicoterapia é o uso da música “para melhorar a saúde física e mental”. “Melhorar” é o esforço e “saúde” é o resultado. A Tabela 3-6 mostra áreas categorizadas associadas ao resultado. Neste exemplo, “física” e “mental” são as áreas.

Muito pode ser captado dessas duas tabelas. Na Tabela 3-5, a categorização dos esforços mostra que, a despeito da diferença na escolha das palavras, diferentes definidores têm ideias similares sobre o que a musicoterapia faz. Quando as próprias categorias são examinadas, entretanto, diferenças importantes podem ser encontradas em quão diretivos estes esforços podem ser. Considere as sutis diferenças entre habilitar e apoiar, ou ajudar e guiar, ou promover e efetivar. Implícitas nestas escolhas de palavras estão não apenas diferenças em quão diretiva os musicoterapeutas acreditam que a prática pode ser, mas também como eles estão vendo o beneficiário em relação ao terapeuta. Por exemplo, o terapeuta que trabalha para habilitar um cliente tem uma visão diferente sobre a necessidade e o papel deste e sobre suas responsabilidades e papéis se comparado com um terapeuta que busca efetuar transformações no cliente. As implicações são que, quanto mais diretivo o esforço, menos capaz é o cliente e mais ativo é o terapeuta, e vice-versa, quanto menos diretivo é o esforço, mais capaz é o cliente

e menos ativo é o terapeuta. É claro, esta correlação não é uma função apenas de como o terapeuta vê o cliente. De fato, algumas populações são menos capazes e precisam de mais esforço por parte do terapeuta, ao passo que outras são mais capazes e não precisam de mais diretividade.

Tabela 3-5: Objetivos e Resultados da Musicoterapia

OBJETIVOS	EXEMPLOS DE OBJETIVOS E RESULTADOS
HABILITAR	Conceder ou habilitar crescimento, transformações, realizações Criar oportunidades de crescimento Facilitar o desenvolvimento, a funcionalidade ao longo do tempo, transformações, comunicação Traçar planos: uso da imaginação, tomada de decisão, realização de sonhos
APOIAR	Nutrir o processo de descoberta Encorajar e apoiar o aprendizado, a reaprendizagem, o processo de descoberta
AJUDAR	Ajudar ou assistir ao cliente para torna-lo mais integrado Â«Ajudar o cliente a atingir objetivos ou encontrar recursos para resolver problemas
ATIVAR	Mobilizar reações Motivar o alcance de metas e transformações
PROMOVER	Adotar contato interpessoal e comunicação Promover cura, saúde, transformação, prosperidade, metas, objetivos, expressão, recursos saudáveis, saúde musical Buscar metas e objetivos terapêuticos
APRIMORAR	Aprimorar a saúde, bem-estar, integração, funcionalidade, habilidade Desenvolver potenciais, expressão, consciência, funções, recursos Otimizar ou aumentar o bem-estar potencial Fortalecer o processo criativo
GUIAR	Liderar, levar adiante, ir adiante: desenvolvimento, saúde, bem-estar, completude
EFETIVAR	Integrar: indivíduo, aspectos do self Acarretar: transformações, entendimento, adaptação, desenvolvimento, estabilização, aceitação Prover: efeito terapêutico, novas possibilidades Estabelecer, aprimorar, modificar, manter, restaurar: saúde, transformação, funções, habilidades, bem-estar Remover/atenuar/apoiar: necessidades, disfunções, sintomas Expor: condições Remover/atenuar: necessidades, disfunções, sintomas Influenciar: transformações, processo físico

	Atingir/visar: necessidades Minimizar: problemas Transformar, alterar, modificar, realocar: comportamentos, atitudes Realizar: metas e objetivos terapêuticos Visar: necessidades, disfunções Efeito: transformações, aprendizado

Tabela 3-6: Áreas direcionadas da Musicoterapia

ESTADOS GERAIS	ESPECIALIDADES
• Saúde • Recursos de saúde • Saúde musical • Bem-estar • Conforto • Completude • Integração • Qualidade de vida • Auto-realização• • Estabilização • Aceitação • Entendimento • Independência • Adaptabilidade • Equilíbrio e integração • Liberdade de escolha	• Física, médica, psicológica • Motor, sensório-motor • Intelectual, mental, cognitiva, psíquica • Emocional, afetiva • Linguagem, comunicação • Social, contato, relacionamentos • Ambiente • Espiritual • Biopsicossocial • Habilidades para a vida • Acadêmica • Musical e não-musical • Auto-expressão • Funcionamento no ambiente • Adaptação à sociedade
PROCESSOS • Aprendizagem • Empoderamento • Re-aprendizagem • Re-habilitação, recuperação • Desenvolvimento • Descoberta de recursos	PROBLEMAS • Comportamentos indesejáveis • Condições inadaptadas ou patológicas • Doença • Deficiência • Sintomas • Necessidades • Problemas

ÁREAS INESPECÍFICAS • Metas ou efeitos terapêuticos • Metas individualizadas • Transformações benéficas • Possibilidades de ação • Possibilidades para o desenvolvimento • Metas não-musicais	• Dor • Estresse TRANSFORMAÇÃO • Comportamentos e padrões de comportamentos • Sentimentos

A Tabela 3-6 evidencia o problema de quão restritiva ou amplamente a musicoterapia é definida em termos de seus potenciais ou benefícios, os quais, por sua vez, colocam questões sobre sua identidade em relação com outras disciplinas e profissões. A musicoterapia lida apenas com a saúde, ou ela também se envolve com psicoterapia, educação especial e espiritualidade? Quão amplamente a saúde é definida? Isso inclui bem-estar e qualidade de vida, assim como todas as especialidades listadas na tabela? Os musicoterapeutas são profissionais de saúde?

Conclusões

Se nós assumirmos que cada definição e cada perspectiva de seus definidores têm seu valor, podemos aprender muito a partir da análise acima sobre como garantir que a definição de 2014 seja apropriadamente inclusiva. Especificamente:

- Quando usada num contexto terapêutico, a música é um meio para um fim, uma mídia na qual vários meios e fins podem ser identificados e perseguidos, e um fim em si mesma. A música contribui para a terapia como uma ferramenta, um processo e um resultado.
- Uma definição de musicoterapia deve indicar claramente se esta se refere à prática; à disciplina como um todo em teoria, pesquisa e prática; ou à profissão.
- Predicativos para a musicoterapia (p. ex. sistemática) devem ser amplos o suficiente para incluir muitas características e qualidades diferentes consideradas significantes pelos musicoterapeutas.
- Uma definição deve identificar claramente os principais agentes operando na musicoterapia e na medida do possível descrever como esses agentes agem quando combinados.
- As qualificações requeridas para o musicoterapeuta profissional devem ser esclarecidas. Uma questão é saber se a musicoterapia acontece quando um prestador de serviço não atende estes requisitos de qualificação.
- Os termos usados para os beneficiários da musicoterapia devem ser selecionados e esclarecidos cuidadosamente. Uma questão é saber se o beneficiário é definido como tendo um problema de algum tipo.
- Cultura, linguagem e fatores sociopolíticos afetam a nomenclatura e o conceito de musicoterapia.
- Para ser completa, uma definição deve especificar seu objetivo em termos de três variáveis: o papel ou esforço do terapeuta e da música, o resultado desejável e a especialidade ou área de

conhecimento associada com este resultado. Uma questão é o nível de especificidade necessária para tornar a definição aplicável a todas as populações servidas pela musicoterapia.

- A definição dos beneficiários da musicoterapia é diretamente relacionada a como o objetivo da terapia é anunciado.
- Uma definição deve levar em conta a vasta gama de clientelas servidas pela musicoterapia, as quais determinam a natureza dos esforços, resultados e áreas do conhecimento.

4

UMA DEFINIÇÃO DE TRABALHO

Ressalvas

O propósito deste capítulo é oferecer uma definição de trabalho da musicoterapia para o ano de 2014 que leve em conta as questões mais significantes levantadas pelo grupo de desconstrução (veja a Introdução) assim como a análise das definições existentes (veja o Capítulo 3); que sintetize na medida do possível as variações nas definições encontradas na literatura; e que forneça fronteiras que sejam apropriadamente includentes e excludentes.

Diversas suposições estão implícitas ao oferecer tal definição. Primeiro, é assumido que a musicoterapia pode ser definida independentemente de seu status ontológico, isto é, independentemente se ela existe na realidade ou é meramente uma construção ou discurso como proposto por alguns autores. Segundo, é assumido que as definições existentes podem ser sintetizadas através dessas culturas, contextos e linguagens que são similares o suficiente. A definição de trabalho de 2014 está claramente situada na cultural ocidental que usa a língua inglesa na academia e pode, portanto ser relevante apenas dentro deste contexto. Terceiro, é assumido que a definição de trabalho é uma co-construção do autor, que está situado na perspectiva americana da musicoterapia; de experientes colegas musicoterapeutas dos EUA, Canadá, Europa e Austrália, que ofereceram seus aportes à definição e ao texto; e de outros autores e organizações espalhados no mundo que publicaram sua própria definição. E por último, é assumido que a definição de trabalho não é de relevância universal.

A definição é teórica. Seu propósito é habilitar profissionais e estudantes a examinar questões conceituais envolvidas na definição de musicoterapia. Ela não é dirigida ao público leigo, e pode não ser útil para descrever a musicoterapia para outros profissionais pela primeira vez.

Apresentamos agora a definição de trabalho seguida por breves explanações de cada palavra ou frase. Estas explanações fornecem uma visão geral das discussões mais profundas que se seguem nos capítulos subsequentes.

Uma definição de trabalho

Musicoterapia é um processo reflexivo onde o terapeuta ajuda o cliente a otimizar sua saúde, usando variadas facetas da experiência musical e as relações formadas através desta como o ímpeto para a transformação. Como definido aqui, a musicoterapia é o componente de prática profissional da disciplina, que informa e é informado pela teoria e pela pesquisa.

Processo Reflexivo

Para empregar um processo reflexivo, o terapeuta promove contínuos esforços para trazer à consciência, avaliar e, quando necessário, modificar seu trabalho com um cliente – antes, durante e depois de cada sessão, assim como nos variados estágios do processo terapêutico. Isto é efetuado através de autoobservação, auto-inquirição, colaboração com o cliente, consultas com especialistas e supervisão profissional. As principais preocupações são que as metas e métodos de terapia visem adequadamente as necessidades e recursos do cliente, e que seu progresso seja monitorado de acordo. O terapeuta também monitora seu nível de diretividade no trabalho com o cliente e mantém consciência de seus limites profissionais, responsabilidades, poder, emoções e diferenças socioculturais com o cliente. Ser reflexivo é também ficar bem informado sobre a musicoterapia e sobre o cliente e garantir que a segurança e o bem-estar deste estarão sempre em primeiro lugar.

Como um processo, a musicoterapia é uma interação entre cliente e terapeuta focada na saúde – não apenas uma experiência que acontece de ser positiva, benéfica ou boa para a saúde. Especificamente, deve haver uma interação entre cliente e terapeuta direcionada a otimizar a saúde do cliente. Na musicoterapia, três agentes principais estão minimamente envolvidos: o(s) cliente(s), o terapeuta e a música. O processo de terapia procede na base de um compromisso mútuo entre cliente e terapeuta no trabalho em conjunto pela saúde do primeiro.

A musicoterapia é um processo metódico em dois níveis. No nível da "sessão", as ações e interações do cliente e do terapeuta são sequenciadas para motivar e manter o engajamento do cliente no processo musicoterápico e para maximizar a eficácia de cada experiência ao levar o cliente mais perto do objetivo. No nível do "estágio", as sucessivas experiências musicoterápicas são sequenciadas de forma que o cliente seja introduzido a desafios terapêuticos no momento apropriado, isto é, quando o cliente estiver pronto para trabalhar com eles, e quando o cliente descobrir os recursos necessários para vencê-los. Isto por sua vez garante que o cliente atravesse o processo terapêutico conforme uma sequência evolutivamente significativa de aprendizado, crescimento ou transformação.

As características únicas do processo musicoterápico são que este é centrado no som, centrado na beleza, centrado na criatividade e centrado na relação. É também centrado no conhecimento, e regulado.

Terapeuta

Um musicoterapeuta é alguém que toma o compromisso de ajudar um cliente com uma meta relativa à saúde através da música, usando sua expertise e suas credenciais dentro de uma relação profissional. Existem muitos ingredientes essenciais para esta definição de terapeuta: um compromisso, um papel de assistência com o cliente, um tratamento voltado à saúde e baseado na música, certas qualificações e uma relação profissional.

O terapeuta é definido como alguém que assume o compromisso de ajudar o cliente com um objetivo de saúde particular, ao oferecer determinado tipo de serviço; o cliente (ou os pais, tutor ou instituição agindo em nome do cliente) concorda em receber a ajuda e os serviços oferecidos pelo terapeuta e em remunerá-lo de alguma forma por isso. Embora o acordo entre as duas partes envolva uma troca do serviço pela remuneração, esta não é uma troca recíproca. O cliente e o terapeuta não trocam o mesmo tipo de ajuda.

A terapia não é definida apenas como um tipo qualquer de ajuda, e o terapeuta não é apenas um

tipo qualquer de ajudante. Por definição, ela é um esforço para otimizar a saúde do cliente; um terapeuta, por profissão, é alguém que ajuda o cliente a fazê-lo. Assim, o tipo específico de ajuda que o terapeuta oferece ao cliente é em primeiro lugar e principalmente relacionado à saúde.

Os serviços profissionais de um musicoterapeuta são definidos e delimitados por estas preocupações com a saúde do cliente que podem ser *abordadas através da música*.

O musicoterapeuta não fornece ao cliente serviços em outras modalidades terapêuticas. Assim, qualquer trabalho relacionado à saúde, mas não relacionado à música ou vice-versa cai fora das fronteiras da musicoterapia profissional.

Para operar como terapeuta, este deve ter a expertise necessária para assumir as responsabilidades requeridas pela forma particular de terapia sendo oferecida e pela população em particular sendo atendida. Não apenas deve o musicoterapeuta ter o conhecimento necessário e a perícia, mas este também deve ser reconhecido como tal pela autoridade competente. Isto é, um musicoterapeuta deve ser reconhecido como um “profissional treinado” através de algum mecanismo ou autoridade oficial (por exemplo, certificação ou registro por uma associação profissional ou conselho estatal).

Ajuda

O musicoterapeuta busca ajudar o cliente numa miríade de formas, dependendo das necessidades deste. A primeira forma de ajudar o cliente é “estar lá” para ele num nível humano, isto é, estar presente e aberto para a experiência do cliente, para ter empatia e entender suas circunstâncias, sustentar testemunhar seus dilemas, acompanhá-lo em sua jornada em direção à saúde, oferecer toda assistência ou suporte apropriados, fornecer orientação ou intervenção se necessário e cuidar.

Os clientes por vezes vêm à musicoterapia porque eles precisam expressar o que estão experimentando por dentro e porque a música fornece uma miríade de oportunidades para ajudá-los nisso. Musicoterapeutas podem ajudar clientes lhes dando uma voz através da música, isto é, engajálos em experiências musicais que os ajudarão a externalizar, atuar, libertar, ventilar, representar, projetar ou documentar seus pensamentos e sentimentos interiores. Quando emoções complicadas estão envolvidas, a experiência do cliente pode ser intensa e desconfortável, e o trabalho do terapeuta é sustentar e ancorar o cliente – ressoar com a luta do cliente enquanto também contém sua intensidade e o mantém consciente do mundo lá fora e da realidade de ser humano.

Uma forma importante de ajudar clientes é desenvolver sua habilidade de se comunicar com os outros. A comunicação vai um passo além de encontrar uma voz e interagir. Envolve troca de ideias e sentimentos com outros. Na musicoterapia, o modo de comunicação pode ser musical, verbal ou não-verbal e não-musical, com especial ênfase dada aos modos musicais.

Outra forma importante de ajuda é fomentar a autorreflexão. Ela provê o cliente com autoconsciência e insight, e dá uma forma de testar, ensaiar e manejar a realidade.

Partindo daí, toda forma de terapia pode ser definida como uma tentativa de encontrar, avaliar e escolher as melhores alternativas na busca do cliente pela saúde. O trabalho contínuo do terapeuta, então, é ajudar o cliente a identificar as alternativas e potenciais que ele precisa.

Desafortunadamente, algumas vezes os clientes não compreendem adequadamente suas próprias necessidades no que diz respeito à saúde nem o que precisam para alcançá-las. Nestes casos, o terapeuta serve como um guia apontando para caminhos que o cliente pode tomar para alcançar melhores condições

de saúde.

A saúde é integral – uma harmonia de todas as partes; assim, uma meta comum da musicoterapia é ajudar o cliente a fazer conexões de todos os tipos, para juntar os pedaços de si mesmo, de sua vida e de seu mundo num todo harmonioso.

Um impedimento que alguns clientes experimentam na busca pela saúde é o trauma, o abuso ou a negligência pelos quais passaram. Reparação é qualquer tentativa que o terapeuta faz para ajudar o cliente a satisfazer necessidades não atendidas, como apropriado dentro da relação terapeutacliente. Isso pode incluir o que quer que tenha sido privado dele ou dela em seu passado, restituindo algo ou alguém que o cliente perdeu, ou encontrando formas de compensar o cliente por algum dano, doença ou trauma.

De forma semelhante, alguns clientes têm pensamentos, comportamentos ou emoções arraigadas ao ponto de ameaçar a segurança e o bem-estar deles mesmos e de terceiros e que não são suficientemente controlados pelo cliente sem algum tipo de intervenção externa. Nesses casos, o terapeuta deve ajudar o cliente intervindo quando necessário para prevenir quaisquer comportamentos destrutivos deste.

Uma das ironias da terapia é que os clientes podem não ter a motivação necessária para investir no processo terapêutico ou fazer as transformações necessárias. Os musicoterapeutas ajudam o cliente a tornar-se mais motivado pelo simples prazer de fazer e escutar música.

Por quaisquer razões, alguns clientes encontraram dificuldades na vida que os fizeram perder de vista seus valores como seres humanos e indivíduos, e para alguns sempre faltou um senso de valor próprio. Uma importante forma na qual musicoterapeutas podem ajudar seus clientes é pela validação e afirmação de seus recursos e assegurando a eles que seu valor não depende de nenhuma característica específica, mas sim em seu valor intrínseco como seres humanos.

Todas as formas acima de ajudar os clientes são atributos do cuidado do terapeuta com o cliente. Um terapeuta ajuda um cliente e monitora cuidadosamente esta ajuda porque se importa e se preocupa com este cliente. O cuidado é essencial para ajudar e servir ao cliente.

Finalmente, o terapeuta pode ajudar seus clientes desta forma apenas se ele preserva e salvaguarda sua própria saúde pessoal e profissional como terapeuta. Para ajudar os clientes através da música e da terapia o terapeuta deve ser capaz de ajudar a si próprio.

Cliente

Um cliente é qualquer indivíduo, grupo, comunidade ou ambiente que precise ou busque ajuda de um terapeuta, na forma de serviços prestados numa relação profissional, com o propósito de se alcançar uma meta ou preocupação relacionada a saúde, usando experiências musicais e as relações formadas através delas.

Otimizar a saúde do cliente

Otimizar não é meramente aperfeiçoar ou promover; implica que esforços são feitos para levar o cliente ao seu mais alto nível potencial de estar são, especificamente e genericamente. Saúde envolve e depende do indivíduo e de todas as suas partes (por exemplo, corpo, psique, espírito) e também de suas relações

com os contextos mais amplos da sociedade, cultura e ambiente. Existem duas orientações acerca da saúde: na orientação patogênica, saúde é uma condição de sim ou não, definida pela presença ou ausência de doença; na salutogênica, a saúde é um *continuum* que inclui todos os níveis de saúde. A definição de saúde proposta aqui é o processo de se alcançar o potencial completo de alguém para a completude individual e ecológica.

Usando Variadas Facetas da Experiência Musical

A musicoterapia é diferente de outras modalidades devido a sua confiança na experiência musical como um agente, meio e efeito da transformação. A forma como os musicoterapeutas definem "experiência musical" é baseada no contexto clínico no qual trabalham. De particular importância é a aceitação sem julgamentos do que quer que o cliente faça musicalmente e claras prioridades no que concerne ao propósito, valor e significado da música dentro do processo terapêutico.

A música é difícil de definir, e, em terapia, a matéria é ainda mais complicada pela noção de que a terapia não depende meramente da música, mas também da experiência do cliente com ela. Cada experiência musical minimamente envolve uma pessoa, um processo musical específico, um produto de algum tipo e um contexto ou ambiente. Assim, a música usada para terapia não é meramente um objeto que opera no cliente, mas, além disso, é uma experiência multifacetada envolvendo o cliente, o processo, o produto e o contexto.

Neste livro, a música é definida como a instituição humana na qual indivíduos criam significado e beleza através do som, usando as artes da composição, improvisação, performance e escuta. Significado e beleza são derivados das relações intrínsecas criadas entre os próprios sons e outras formas da experiência humana, tanto quanto o próprio universo.

Quatro tipos específicos de experiência musical servem como métodos primários de musicoterapia: escutar, improvisar, recriar e compor. Estas experiências podem ser usadas sozinhas por toda uma sessão ou combinadas umas com as outras dentro da mesma experiência ou sessão. Cada uma pode ser apresentada com ênfase em diferentes modalidades sensórias, com ou sem discurso verbal e em variadas combinações com outras artes. Facetas destas experiências musicais que podem ser usadas com propósitos terapêuticos: física, emocional, mental, relacional e espiritual. Dependendo de quão musicais são os sons e as atividades, a experiência pode ser descrita como premusical, musical, extramusical, paramusical ou não musical.

E as Relações Formadas Através Desta

A música proporciona ao cliente oportunidades para desenvolver relações multifacetadas dentro e entre si, os outros e os variados mundos nos quais eles vivem. As experiências musicais podem ser desenhadas para ressaltar as relações entre as partes de uma pessoa, entre uma ou mais pessoas, entre uma pessoa e seu ambiente sociocultural ou físico, entre uma pessoa e um objeto ou entre objetos. Na música, estas relações podem ser manifestas e experimentadas fisicamente, musicalmente, mentalmente, comportament - almente, socialmente ou espiritualmente. Assim, por exemplo, experiências musicais podem ser desenhadas para explorar as relações entre dois sentimentos opostos que um cliente tenha, entre diferentes partes de seu corpo ou entre sua música e seus sentimentos sobre seu cônjuge. Ou, experiências

musicais podem ser usadas para explorar relações entre os sentimentos do cliente e do terapeuta, entre a música do cliente e do terapeuta, entre os pensamentos do cliente e os sentimentos de outro cliente ou cônjuge, ou entre as ideias e sentimentos do cliente e aqueles prevalentes em seu setting sociocultural.

Consequentemente, essas relações podem ser descritas como intrapessoais, intramusicais, interpessoais, intermusicais e socioculturais. De central significância para o processo terapêutico é a relação do cliente com o terapeuta e com a música.

No contexto desta definição, "formadas" se refere àquelas relações já formadas pelos clientes e terapeuta em suas vidas, incluindo suas relações com a música, tanto quanto as relações que são propositadamente e subsequentemente formadas durante o processo terapêutico.

Como Ímpeto Para a Transformação

O ímpeto para a transformação na musicoterapia surge diretamente de estratégias orientadas a resultados e/ou orientadas à experiência. No primeiro caso, experiências musicais e relações são usadas pelo terapeuta para induzir a transformação pretendida no cliente. No segundo caso a música e afins servem como um processo ou meio para o cliente identificar, explorar, avaliar, ensaiar e implementar transformações necessárias para uma saúde melhor.

Transformações potenciais resultando da musicoterapia podem ser pessoais, interpessoais e ecológicas. Transformações pessoais são aquelas que o cliente faz em si mesmo, interpessoais são aquelas que o cliente ou grupo faz em suas relações com os outros, e transformações ecológicas são aquelas que o cliente ou grupo faz em seus ambientes socioculturais ou físicos. Estas transformações podem ser manifestas em ambas as formas musical ou não musical, dentro ou fora do setting terapêutico. Estas transformações também podem ser classificadas como exteriores ou interiores. Transformações exteriores são aquelas que podem ser observadas e medidas (incluindo qualquer manifestação de transformação interior que seja operacionalmente definida). Transformações interiores são aquelas transformações subjetivas que tomam lugar dentro de uma pessoa ou contexto que não sejam facilmente observadas e medidas.

Uma Disciplina de Prática Profissional, Teoria e Pesquisa

Como concebida neste livro, a musicoterapia é uma disciplina e profissão por direito próprio e não é um ramo ou parte de nenhuma outra disciplina ou profissão. Uma disciplina é um corpo organizado de conhecimento que inclui teoria, pesquisa e prática, todas as quais informam e são informadas umas pelas outras. Uma profissão é um grupo organizado de pessoas que compartilham, utilizam e desenvolvem este corpo de conhecimento e práticas através de seu trabalho como clínicos, supervisores, teóricos, pesquisadores, gestores e educadores.

A musicoterapia é em primeiro lugar uma disciplina de prática. A prática é a principal fonte, objetivo e aplicação do conhecimento adquirido na teoria e pesquisa. Como uma *prática*, a musicoterapia é definida e delimitada para um foco – o processo pelo qual terapeutas usam experiências musicais e suas relações para ajudar o cliente a aperfeiçoar sua saúde. Como prática *profissional*, a musicoterapia é definida e delimitada a serviços que um terapeuta apropriadamente qualificado e mediante contrato terapêutico forneça para um cliente em troca de remuneração. A disciplina não inclui o

uso cotidiano da música para propósitos benéficos, a aplicação da música com intenções terapêuticas por indivíduos não treinados ou trabalho recreativo ou comunitário feito por musicoterapeutas fora da relação clienteterapeuta. Isto de forma alguma denigre o valor destes usos benéficos alternativos da música.

5

PROCESSO

A musicoterapia é um processo interativo focado na saúde realizado com um profissional – não apenas qualquer experiência positiva que uma pessoa tenha, seja sozinha ou com outra pessoa. Qualquer experiência que venha a ser benéfica, que melhore a saúde, ou mesmo "terapêutica" não se qualifica como "terapia". Existem muitos eventos e experiências na vida que levam a resultados positivos assemelhando-se às metas da terapia. Ir ao cinema, fazer escalada, praticar *rafting*, fazer amor, cantar no *Messias* de Handel, entrar para a igreja, conversar com um amigo e comer cookies de chocolate podem todos ser considerados terapêuticos de alguma forma; sob certas circunstâncias, eles podem mesmo levar a transformações significativas na vida de alguém – mas nenhum pode ser considerado como um "processo" terapêutico. Indo além, mesmo ter uma experiência musical poderosa, transformadora ou terapêutica não é o mesmo que entrar num processo musicoterápico, independente de quaisquer similaridades na profundidade, significância ou longevidade dos resultados.

Musicoterapia é um processo com requisitos muito específicos. É um processo sempre focado na saúde, e requer a interação de ao menos duas pessoas, que mantém papéis específicos como cliente e terapeuta ao compartilhar experiências musicais. O processo é metódico e baseado num compromisso mútuo entre cliente(s) e terapeuta. É baseado num corpo teórico e também regulado, e é unicamente centrado no som, na beleza, na criatividade e na relação.

Focado na Saúde

A musicoterapia é sempre um processo focado na saúde. A meta de todas as interações entre cliente e terapeuta é otimizar a saúde do cliente. Saúde será definida em maiores detalhes posteriormente; por ora, ela é importante simplesmente para reconhecermos que as fronteiras do processo musicoterápico são determinadas por seu foco na saúde como definido no Capítulo 10. É este processo interativo focado na saúde que torna a musicoterapia uma forma de *terapia*.

Agentes do Processo

Para qualquer processo ser considerado *musicoterapia*, três agentes devem estar envolvidos: o cliente(s), o terapeuta e a música. A musicoterapia não está completa sem algum nível de participação de todos os três ou sem algum nível de interação entre todos os três.

Por definição, a terapia sempre envolve uma pessoa no papel de cliente. Um cliente participa na medida do possível no estabelecimento das metas e métodos da terapia, relacionando-se com o terapeuta, compartilhando experiências musicais e fazendo as transformações necessárias para otimizar sua saúde. Isto significa que o cliente deve oferecer comprometimento, esforço ou mera presença necessários para a terapia prosseguir e ter sucesso. O terapeuta e a música não podem assumir toda a responsabilidade por esses aspectos do processo terapêutico.

Por definição, a terapia sempre envolve um terapeuta. A fim de que a terapia aconteça, o processo deve ser guiado e monitorado por uma pessoa que, por qualificação e intento, atue na qualidade de "terapeuta" profissional. A terapia não acontece quando o terapeuta assume um papel que não seja nem profissional (p. ex., um amigo) nem terapêutico em seu intento. Analogicamente, ela não acontece independente do quanto ajudem os atos ou gestos feitos por pessoas que não são nem terapeutas nem participantes efetivos do processo.

A música assume um papel integral no processo terapêutico, algumas vezes servindo como um parceiro do terapeuta e outras vezes facilitando ou induzindo a transformação no cliente, com uma pequena, ou mesmo sem, ajuda do terapeuta. Uma distinção tem sido feita entre música *como* terapia e música *na* terapia (BRUSCIA, 1987a). Na música *como* terapia, esta serve como um meio e agente primário para a transformação terapêutica, exercendo uma influência bem direta no cliente e em sua saúde. Nesta abordagem, a principal meta do terapeuta é ajudar o cliente a se conectar ou se engajar na música, servindo assim como guia ou facilitador que tem a expertise necessária para apresentar a música ou experiência musical apropriada para o cliente. Hoje, esta abordagem tem sido apelidada de "musicoterapia centrada na música" (AIGEN, 2005).

Na música *em* terapia, a música é usada não apenas por suas propriedades curativas, mas também para aumentar os efeitos da relação terapeuta-cliente ou outras modalidades de tratamento (p. ex., debate verbal). Aqui, a música não é o único ou o principal agente de transformação, e seu uso depende do terapeuta. Nesta abordagem, a principal meta do terapeuta é alcançar as necessidades do cliente através de qualquer meio que pareça mais relevante ou adequado, quer seja com a música, com a relação ou outra modalidade terapêutica.

Talvez a melhor forma de entender a diferença seja compará-las nos termos do foco da terapia e o contexto que favorece este foco, enquanto estes se desenvolvem a cada momento. Quando a música está sendo utilizada *como* terapia em uma sessão, a *música* é o foco da experiência terapêutica e, desse modo, serve como meio ou agente primário para interação e transformação terapêutica; a relação pessoal entre cliente e terapeuta e o uso de outras artes ou modalidades terapêuticas fornecem um contexto que facilita este foco. Durante a mesma sessão, ou em outra sessão, a música pode ser usada em terapia. Aqui, o foco da experiência é tanto na relação cliente-terapeuta quanto em alguma experiência de modalidade diferente da música; a música fornece o contexto ou cenário que favorece este foco. Assim, quando usada *como* terapia, a música é o primeiro plano da experiência, e a relação e outras modalidades são o pano de fundo; quando usada *em* terapia, a música fornece o pano de fundo da experiência, enquanto que a relação e outras modalidades servem de primeiro plano.

Nos termos da presente discussão, esta distinção esclarece que, enquanto a música pode ser naturalmente terapêutica ou pode curar sem o auxílio de um terapeuta, a musicoterapia requer a aplicação especializada da música por um terapeuta profissional. O terapeuta pode escolher usar a música *como* terapia ou *em* terapia; entretanto, em ambos os casos, o processo requer o envolvimento do terapeuta.

Obviamente, dizer que terapia requer o envolvimento de cliente, terapeuta e música não implica que outros agentes não possam ter um papel ativo. Pais, cônjuges e outros profissionais podem também participar do processo musicoterápico com grandes benefícios. Além disso, em adição ao uso da música,

qualquer outra arte pode também ser integrada ao processo da musicoterapia.

Finalmente, a musicoterapia, às vezes, envolve diálogo verbal entre terapeuta e cliente e entre clientes. Os diálogos são usados *como* ou *em* terapia, analogamente à forma como a música pode ser usada, e porque ambas música e palavra são formas de comunicação e interação, sua utilização conjunta deve ser considerada. Assim, a música pode ser o foco com o discurso verbal como facilitador; a música e o discurso verbal podem ser usados em conjunto; e o discurso verbal pode ser o foco com a música como facilitador. Uma vez mais, estas formas de trabalho podem se alternar umas às outras dentro da mesma sessão ou entre sessões diferentes.

Compromisso Mútuo: O Contrato

Todas as formas de terapia procedem tendo como base um compromisso mútuo entre cliente e terapeuta de trabalharem juntos para o benefício do primeiro. Em termos gerais, este compromisso diz respeito ao foco ou às metas de seu trabalho e a como eles o realizarão juntos.

A maioria dos clientes vem à terapia trazendo uma demanda particular de saúde, um problema pessoal, um dilema, um trauma ou uma meta pessoal; entretanto, alguns clientes não tem o nível de autoconsciência e de desempenho geral necessário para reconhecer as demandas de sua própria saúde ou para se entregar ao processo terapêutico. Assim, enquanto aqueles nos níveis mais altos de funcionamento podem ativamente buscar terapia, aqueles nos níveis mais baixos são comumente encaminhados pelos pais, tutores ou outros profissionais, ou são colocados no programa de tratamento apropriado. Obviamente, isso afeta enormemente o nível e a natureza do compromisso que o cliente pode fazer com o processo terapêutico.

Por sua vez, a habilidade do cliente em reconhecer e direcionar suas próprias necessidades determina a extensão em que ela pode participar na formulação das metas e métodos da musicoterapia. Veja o capítulo sobre o Cliente para mais detalhes sobre os níveis de consciência que os clientes podem ter ao começar a musicoterapia. Por ora, pode-se dizer que com os clientes de maior funcionalidade, o terapeuta e cliente podem colaborar e decidir em conjunto pelas metas e métodos, ao passo que com aqueles de baixa funcionalidade, o terapeuta deverá trabalhar com os pais, tutores e outros profissionais e/ou instituições para formular as metas e métodos mais apropriados.

Todas essas decisões e compromissos são por vezes chamados de contrato. O contrato terapêutico pode ser mais ou menos específico, dependendo de quão claro cliente e terapeuta sejam no que diz respeito aos resultados desejados. Em alguns casos, ambos estão incertos sobre o desdobramento do processo terapêutico no que se refere às demandas do paciente. Aqui o contrato será bastante informal e de natureza exploratória. Em outro caso, o terapeuta tem uma ideia mais clara sobre o desdobramento do que o cliente, então o acordo consistirá na aprovação ou consentimento informado do cliente sobre o que o terapeuta esclarecer acerca de seu trabalho comjumto. Em outro caso, o cliente terá uma meta bem específica em mente e entrará no processo terapêutico com a condição de que o terapeuta trabalhe com esta meta em mente. Em outro caso ainda, o terapeuta faz uma avaliação diagnóstica do cliente e propõe aos pais, instituição ou equipe profissional quais metas e métodos deverão ser utilizados, e uma decisão conjunta é então feita pelo interesse do cliente. (Isso é essencialmente o tipo de contrato utilizado com crianças especiais em escolas).

Concluindo, um contrato pode ser explícito ou implícito, formal ou informal, verbal ou escrito, colaborativo ou hierárquico e nem sempre envolve o cliente diretamente.

Metódico

A musicoterapia é um processo metódico em ao menos dois níveis. No nível da "sessão", as ações e interações do cliente e do terapeuta são ordenadas dentro das sessões para motivar e sustentar o engajamento do cliente no processo musicoterápico e para maximizar a efetividade de cada experiência musical em levar o cliente mais perto da meta. No nível do "estágio", experiências musicoterápicas sucessivas são ordenadas através das sessões de forma que o cliente seja introduzido a desafios terapêuticos no tempo apropriado, isto é, quando o cliente estiver pronto para trabalhar neles e já tenha descoberto os recursos necessários para vencê-los. Isso por sua vez garante que o cliente se submeta ao processo terapêutico de acordo com uma sequência de aprendizado, crescimento e transformação significativa do ponto de vista do desenvolvimento.

Estrutura da Sessão

Dependendo da necessidade do cliente, a musicoterapia pode fornecer oportunidades de experiências musicais de fluxo livre, parcialmente estruturadas ou altamente estruturadas. Na experiência ou sessão de fluxo livre, o terapeuta segue a condução feita pelo cliente a cada momento e permite que o cliente e a música determinem a direção e o fluxo do processo interativo. O terapeuta pode usar ciclos procedurais repetidos para organizar a sessão. Por exemplo, em uma sessão de improvisação, o terapeuta pode começar combinando musicalmente com o que quer que o cliente faça, tentar evocar ou formar uma ideia musical, para então explorar a ideia musical para posteriormente desenvolver a expressão musical do cliente e sua interação. Esses passos são repetidos a cada momento conforme o cliente responda.

Diferentemente da sessão ou experiência de fluxo livre, que tem uma uniformidade orgânica, a experiência ou sessão estruturada tem um começo, meio e fim claros, normalmente se aproximando e se afastando de um evento focal. Cada uma é dividida em fases procedurais específicas, cada qual com seus próprios objetivos relacionados à meta global da experiência ou sessão. Aqui o terapeuta pode ser altamente diretivo ou bastante não diretivo. A experiência estruturada altamente dirigida é usada quando o terapeuta já estabeleceu objetivos e metas específicos para o cliente, isto é, quando o processo de terapia é "orientado ao resultado". A experiência estruturada não diretiva é usada quando o terapeuta está seguindo um método ou protocolo em particular para ajudar seu cliente a identificar e conduzir suas demandas, isto é, quando o processo da terapia é "orientado à experiência".

A sessão parcialmente estruturada é uma combinação cuidadosa das unidades estruturadas e de fluxo livre. Este tipo de sessão é particularmente útil com clientes que estão aprendendo como encontrar liberdade na estrutura e no autocontrole, enquanto encontram estrutura e autocontrole na liberdade.

Estrutura do Estágio

No nível da fase ou do estágio, experiências ou sessões de musicoterapia são ordenadas de forma que o cliente seja introduzido a desafios terapêuticos no tempo apropriado, isto é, quando o cliente está pronto para trabalhar neles e já tenha descoberto os recursos necessários para vencê-los. Isso, por sua vez, garante que o cliente se submeta ao processo terapêutico de acordo com uma sequência de aprendizado, crescimento e transformação significativa do ponto de vista do desenvolvimento.

Proceduralmente, isto envolve quatro passos ou fases básicas, as quais podem ser conduzidas separadamente ou simultaneamente: avaliação diagnóstica, tratamento, avaliação e conclusão.

Avaliação diagnóstica é a parte do processo terapêutico voltada para a compreensão do cliente enquanto pessoa, para identificar quaisquer problemas, necessidades, preocupações e recursos que o cliente esteja trazendo à terapia e para determinar as indicações e contraindicações para a musicoterapia. Como resultado, metas gerais e/ou específicas são formuladas para a terapia pelo terapeuta e, quando apropriado, pelo cliente e outros, como conjugues, pais etc.

Tratamento é a parte do processo terapêutico quando o terapeuta engaja o cliente em experiências musicais variadas, empregando métodos e técnicas específicas para alcançar as metas estabelecidas. A maior parte do trabalho nesta fase envolve a preparação e a condução das próprias sessões de musicoterapia.

Avaliação é aquela fase do processo de terapia quando o terapeuta determina se o cliente está fazendo progressos na consecução das metas da terapia. Duas questões lhe são inerentes: A musicoterapia funcionou? O cliente e/ou sua condição melhoraram? Assim como na fase da avaliação diagnóstica, há uma variedade de abordagens e técnicas que podem ser usadas, dependendo da orientação do terapeuta e das características do cliente.

Conclusão é a fase do processo quando terapeuta e cliente trazem seu trabalho ao fim e se preparam para a separação. Isto pode envolver revisar seu trabalho juntos e listar as realizações alcançadas. Também pode envolver a resolução de quaisquer questões da relação e o exame dos sentimentos que podem emergir com a descontinuidade da terapia.

Baseada no Conhecimento

O processo musicoterápico é informado por um corpo de conhecimento específico. Este corpo de conhecimento é composto por muitas tradições orais e escritas da prática clínica, uma variedade de teorias e o fluxo permanente da pesquisa. Quando estas fontes de conhecimento em musicoterapia são integrados, a prática clínica informa e é informada pela teoria e pesquisa; a teoria organiza e é organizada pela prática e pela pesquisa; e a pesquisa esclarece e é esclarecida pela teoria e pela prática.

Um dos maiores desafios de qualquer nova disciplina, e especialmente uma que é híbrida de vários campos, é definir exatamente qual é a base de conhecimento. Mais uma vez, muito depende de como se define e contextualiza a musicoterapia. Considere por um momento o quão diferente a base de conhecimento seria se a musicoterapia fosse definida como um ramo da medicina ou um ramo da psicologia ou um ramo da música. Muito da introspecção e pesquisa neste tópico se focou na identificação das competências específicas necessárias para a prática da musicoterapia. Como isto está relacionado com a definição de “terapeuta”, será discutido no próximo capítulo.

Processo Regulado

Finalmente, como uma prática profissional, a musicoterapia é regulada por padrões éticos e clínicos estabelecidos pela profissão para guiar e salvaguardar a condução de seus membros quando engajados na prática, teoria e pesquisa musicoterápicas. Estes padrões podem ser encontrados nos códigos de ética e de prática clínica oficiais publicadas pelas diferentes associações espalhadas pelo mundo. Veja áreas de

interesse comum em Prática Ética no próximo capítulo.

Características Únicas

Como a presença da música afeta o processo terapêutico? O que é que a música traz para o processo e o que torna a musicoterapia diferente de outras formas de terapia? Reciprocamente, o que é verdadeiramente natural e único no processo musicoterápico? A resposta a essas questões está nas combinações sinérgicas de quatro elementos que definem e diferenciam a musicoterapia de todas as outras modalidades: som, beleza, criatividade e relacionamento.

Centrada no Som

A musicoterapia é centrada no som. A maior parte senão todo o processo é centrado na produção e recepção de sons musicais e/ou vibrações. Ela é essencialmente uma experiência *sonora*, seja ela auditiva ou tátil por natureza.

Nas formas *ativas* da terapia, onde os clientes tocam, improvisam ou compõem música, eles expressam seus problemas através do som, eles exploram seus recursos pelo som, trabalham conflitos no som, desenvolvem relacionamentos através do som e encontram resolução e completude através do som. Tudo isso requer uma orientação da escuta. A forma como eles cantam e tocam é mediada pelo que escutam enquanto o fazem.

Nas formas *receptivas* da terapia, quando os clientes escutam a música, eles recebem os sons e vibrações com seus corpos, apreendem os sons com sua psique, escutam a si mesmos no som, escutam o mundo de outros no som, revivem suas experiências no som, relembram no som, pensam no som e alcançam o divino através do som.

Isso diz muito sobre o que é a especialidade do musicoterapeuta no que diz respeito à intervenção. Se um cliente precisa da musicoterapia para fazer barulho e para ser ouvido, então um musicoterapeuta deve ser um ouvinte ideal tanto quanto um eloqüente criador de som. Se o som é o meio primário de comunicação em musicoterapia, seja através de vibrações, tons, formas sonoras ou música, então, musicoterapeutas, por ofício, devem ser comunicadores “do som”.

Centrado na Beleza

A musicoterapia é centrada na beleza. Isto é, o contexto do som na musicoterapia é sempre um contexto estético – ela é sempre motivada pela busca da beleza e do significado que a beleza traz à tona através da música. Assim, a verdadeira importância da escuta e da criação da música como um esforço terapêutico é a experimentação da beleza e do significado da vida e, no processo, poder aprender a lidar com os problemas e desafios que são parte integrante da experiência da vida. Assim como a música apresenta tensão e conflito, e assim como ela caminha para a transformação e para a resolução, também o faz o trabalho humano de se tornar completo e, desse modo, viver uma vida mais completa. Quando esta jornada em direção à completude toma lugar dentro do requinte de uma forma artística, isto é, dentro de um contexto estético, a jornada feita é muito mais mordaz, potente e memorável.

Clientes vêm à terapia, não importa o diagnóstico, por que estão tendo dificuldades em suas jornadas rumo à completude. No nível mais básico, seus problemas os tornaram incapazes de encontrar a beleza e o significado de suas vidas – eles não conseguem mais viver suas vidas por completo.

O que nunca deve ser esquecido, então, é que independentemente de suas muitas aplicações e benefícios, a musicoterapia deve sempre ser um esforço estético. Ela está sempre essencialmente preocupada com beleza e significado, e sua missão primária por propósito é ajudar clientes em suas jornadas rumo à completude. Assim, se a música está sendo utilizada para facilitar o aprendizado em sala de aula, para ensinar comportamentos adaptativos, para reduzir a dor física, para estimular reminiscências ou para construir habilidades interpessoais, ela é e deve sempre ser um esforço estético. Seu maior poder está na beleza, no significado e na completude que traz para a vida dos clientes; assim, sem a estética a musicoterapia perde não apenas sua grande potência mas também sua identidade básica.

Centrada na Criatividade

A musicoterapia é centrada na criatividade. A forma como os sons tornamse belos e significativos é através do processo criativo. Quando um cliente escuta ou faz música, isso pressupõe ser criativo com os sons, explorando as diferentes formas que os sons podem ser arranjados, percebidos e interpretados. Assim, podemos dizer que a verdadeira participação do cliente em musicoterapia requer o processo criativo.

Terapeutas por vezes traçam paralelos entre o processo criativo e o processo terapêutico. Uma razão é que se acredita que ambos envolvam algum tipo de resolução de problemas. Ambos, terapia e processo criativo, envolvem examinar algo em detalhes, identificando problemas e desafios, explorando alternativas e opções, jogando com todos os recursos à mão, experimentando o que funciona melhor na resolução do problema, selecionando quais opções são mais agradáveis, e então organizando todas as decisões em um produto ou resultado que é ao mesmo tempo belo e significativo.

Em musicoterapia, o processo de resolver "problemas musicais" é concebido como similar ao processo de resolver "problemas da vida", e julgase que as habilidades aprendidas na busca de soluções musicais possam ser generalizadas para situações da vida. Por exemplo, na musicoterapia com improviso, o cliente trabalha "descobrindo possibilidades, inventando novas opções, escolhendo e testando alternativas, energizando e projetando esforços através do tempo" (BRUSCIA, 1987a), e apesar destes esforços tomarem lugar numa estrutura musical, eles podem ser vistos como uma metáfora ou mesmo uma manifestação direta do que o cliente precisa aprender ou realizar na vida.

Centrada na Relação

A experiência musical por sua própria natureza constrói e é construída sobre relações de todos os tipos. A música traz unidos ritmo e palavras, palavras e melodia, melodia e harmonia, um tema com outro tema, uma voz com outra, solista com acompanhamento, apenas para nomear algumas relações. Dentro da pessoa, essas relações conectam a música com emoções, música com a vida de alguém e com seus entes queridos. Ela integra corpo, mente e espírito. Conecta pessoas numa miríade de relacionamentos e as ancora em suas sociedades e culturas. Como discutido adiante no capítulo sobre relações, estas são apenas algumas das conexões inerentes em cada experiência musical.

6

REFLEXIVO

Ambas as definições anteriores descreveram a musicoterapia como um processo “sistemático” ao invés de “reflexivo”. A Nota 6A explica em detalhes por que esta modificação foi feita.

Reflexividade é definida como o esforço do terapeuta de continuamente trazer à consciência, avaliar e, quando necessário, modificar o trabalho com um cliente – antes, durante e após cada sessão, assim como em variados estágios do processo terapêutico. Como detalhado neste capítulo, é importante para o terapeuta ser reflexivo sobre todos os componentes e facetas do processo terapêutico, incluindo o cliente, a música, a si próprio, as metas, os métodos, os resultados e assim por diante.

Como Ser Reflexivo

Existem cinco maneiras principais de se praticar a reflexividade: autoobservação, auto-questionamento, colaboração com o cliente, consulta com outros e supervisão. Auto-observação requer a habilidade de tomar uma meta-perspectiva de si mesmo, isto é, dar um passo para fora da situação em andamento por um instante, observar e então entender como deve ser estar na pele de cada um dos envolvidos – tudo isso enquanto participa da sessão em andamento. Ser auto-observador enquanto terapeuta é algo muito similar à arte da auto-escuta, fundamental para todos os músicos talentosos. O desafio é captar como alguém soa e se sente, não apenas consigo mesmo, mas com todos os presentes – tudo isso enquanto continua a tocar e a interagir.

O auto-questionamento é qualquer esforço do terapeuta de pensar, estudar ou examinar o que transpareceu na sessão anterior, tendo idealmente gravado ou feito anotações sobre as sessões. O foco deve ser nas interações musicais entre cliente e terapeuta, os materiais musicais criados, as interações comportamentais e verbais, ab-reações e assim por diante. Indo mais além, um terapeuta pode também desenvolver um método de auto-supervisão. De fato, este capítulo sugere as variadas perguntas e questionamentos que terapeutas deveriam se colocar.

Sempre que possível, e na medida do possível, o terapeuta deveria colaborar com o cliente no estabelecimento das metas e métodos para a terapia ou consultá-lo no que diz respeito a outras decisões tomadas por outrem. Além disso, o cliente deveria participar, na medida do possível, da avaliação de seu progresso e da efetividade dos métodos utilizados e ainda na formação da relação cliente-terapeuta.

Normalmente existem muitas pessoas na vida do cliente que possuem valiosas informações ou insights sobre o mesmo que poderiam ajudar o musicoterapeuta em seu trabalho. Estão incluídos pais, tutores, cônjuges, filhos e outros profissionais trabalhando com o cliente. Consultar-se com essas pessoas

relacionadas ao cliente é uma excelente forma para o terapeuta manter-se reflexivo sobre seu trabalho com seus clientes.

Além de consultar-se com o cliente e outros, o terapeuta reflexivo busca a supervisão de um musicoterapeuta experiente. Isto é particularmente útil quando o trabalho com o cliente é desafiador para o terapeuta e quando o terapeuta está tendo dificuldades para manter sua própria reflexividade.

Como um profissional, o terapeuta tem a responsabilidade exclusiva de garantir que está trabalhando com cada cliente de forma suficientemente reflexiva, pois, em última análise, a integralidade e a eficiência de todo o processo terapêutico depende dos conhecimentos adquiridos a partir dos diferentes métodos de reflexividade sugeridos acima.

O resto deste capítulo descreve estes elementos e aspectos do processo terapêutico que são mais importantes para a consideração do terapeuta.

Integralidade da Meta

Uma preocupação permanente para o terapeuta é saber se as metas estabelecidas são apropriadas para o cliente e relevantes para suas necessidades de saúde, ao mesmo tempo em que sejam alcançáveis através da musicoterapia. Aqui estão quatro critérios para garantir a integralidade das metas do cliente:

1) As metas da musicoterapia devem ser relevantes para a demanda de saúde do cliente. Isto é, quando o cliente alcançar a meta, sua demanda deve ser adequadamente abordada;
2) As metas da musicoterapia devem ser apropriadamente *delimitadas* em número e variedade. A musicoterapia não pode abordar toda necessidade do cliente, e nem deveriam ser feitas tais afirmações. Ver Nota 6B sobre os perigos em estabelecer metas “holísticas”;
3) As metas da musicoterapia devem ser factíveis. O cliente deve ter a capacidade e o nível de adesão necessários para alcançá-las, e a musicoterapia deve ter o potencial para fazê-lo;
4) As metas da musicoterapia devem ser formuladas *no nível apropriado de especificidade*. O trabalho com determinados clientes é mais efetivo quando resultados bem específicos são delimitados nos estágios iniciais da terapia, ao passo que, com outros clientes, a efetividade está com as metas que emergem conforme o trabalho progride.

Integridade do Método

Os musicoterapeutas têm uma vasta gama de métodos para ajudar seus clientes a alcançarem as metas adotadas. As principais categorias são improvisação, re-criação, composição e audição, e existem infinitas variações sobre como essas experiências podem ser usadas para suprir as necessidades do cliente. Os terapeutas podem escolher usar um método exclusivamente, diferentes métodos em diferentes estágios da terapia ou uma combinação de métodos em cada sessão.

Selecionar e implementar o método mais efetivo requer que o terapeuta considere cuidadosamente as indicações e contra-indicações clínicas do método, o nível de adesão do cliente necessário para a participação e os níveis de responsabilidade e controle a serem tomados pelo cliente e pelo terapeuta.

Indicações

O método deve fornecer ao cliente a estratégia mais efetiva e econômica para alcançar a meta da terapia. Em outras palavras, o método deve ser “indicado” como a melhor estratégia na otimização da saúde do cliente via musicoterapia. Muitas dessas indicações são apresentadas no capítulo sobre as facetas da experiência musical. Sobre este tópico, ver também Smeijsters (2005).

Contraindicações

O terapeuta deve sempre garantir que o engajamento ao método não cause nenhum mal ao cliente, e que este não venha a “abreagir” ou reagir de forma contraproducente ao método. Minimamente, isto requer que o terapeuta descubra se o cliente tem limitações médicas, físicas, cognitivas ou emocionais que possam impedir sua participação efetiva e segura no método. Se existem contraindicações, o terapeuta deve ou selecionar um método diferente ou adaptar o método selecionado para satisfazer a necessidade de segurança do cliente.

Preferências do Cliente

O cliente deve estar apto e disposto para empreender os tipos de experiências musicais incluídos neste método. Por exemplo, se o método é a improvisação, o cliente deve estar apto e disposto a improvisar; se o método é a audição, o cliente deve estar apto e disposto a escutar; e assim por diante. Isso não significa que o método selecionado não deva desafiar as habilidades do cliente ou seu nível de conforto, já que muitas vezes esses desafios estão relacionados com as metas. Por outro lado, o método deve ser confortável o suficiente para o cliente poder enfrentar os desafios encontrados.

Além de adaptar-se com as preferências do cliente sobre um tipo de atividade ou experiência musical, o terapeuta deve considerar as preferências deste sobre diferentes mídias musicais (p. ex., vocal, instrumental), diferentes estilos musicais (p. ex., clássico, jazz, rock, rap), diferentes peças (canções específicas) e diferentes artistas.

Suporte

Ao implementar qualquer método, o terapeuta deve considerar cuidadosamente os tipos e níveis de suporte demandados especificamente por cada cliente. Para ter êxito em qualquer experiência musical, o terapeuta deve atender as necessidades do cliente de suporte emocional, assistência física, instruções e palpites especiais, assistência musical e propiciar um ambiente acolhedor.

Diretividade

Diretividade é a medida entre o quanto o terapeuta lidera ou segue o cliente nas diversas tomadas de decisão envolvidas no processo terapêutico. Tais decisões devem incluir o estabelecimento das metas da terapia, a escolha dos métodos a serem utilizados, o manejo da sessão, escolher e providenciar a música e o estabelecimento de regras e parâmetros para o relacionamento entre todos os envolvidos. Dependendo do cliente, o terapeuta pode tomar a responsabilidade sobre algumas destas questões, deixando para o cliente apenas algumas delas. Ou o terapeuta e o cliente podem conjuntamente determinar um ou mais aspectos de seu trabalho juntos. Em alguns casos, outros profissionais ou os pais do paciente podem participar da tomada de decisões.

É importante para o terapeuta ser reflexivo sobre como a tomada de decisões pode ser compartilhada entre terapeuta e cliente. Não é necessário ou recomendável que o terapeuta controle tudo a respeito de uma sessão ou mesmo de todo o processo terapêutico. As capacidades de cada cliente devem ser consideradas de forma que o cliente possa participar ao máximo da tomada de decisões. Todos os clientes, mesmo os mais debilitados e vulneráveis, oferecem ou apresentam algo que o terapeuta pode aceitar como um direcionamento, algo do qual o terapeuta pode tomar uma direção, seja o som vocal que um recém-nascido faz, o padrão de respiração de alguém em estado vegetativo ou o comportamento repetitivo de uma criança autista.

Existe sempre o perigo do terapeuta subestimar o quão diretivo ele está sendo com o cliente, é importante então ser reflexivo acerca de quantas decisões o terapeuta está tomando no lugar do cliente sem considerar as muitas decisões que o cliente está apto a tomar. Isso muitas vezes apresenta problemas. A Nota 6C discute algumas confusões comuns acerca da natureza da não-diretividade.

O Progresso do Cliente

O terapeuta tem a responsabilidade contínua de avaliar o quanto o cliente está alcançando as metas da terapia e se os métodos sendo utilizados estão lhe ajudando ou dificultando. Isto requer que o terapeuta observe continuamente as respostas do cliente durante cada sessão e faça os registros necessários.

Um terapeuta que é reflexivo sobre o progresso do cliente sabe quando reconhecer melhoras ou realizações deste e também quando modificar as metas ou estratégias do processo terapêutico. Quando as metas e estratégias são relevantes e o cliente progride, o terapeuta fica mais apto a reconhecer quando o cliente deve terminar a terapia. Entretanto, quando as metas e estratégias geram dúvidas e o cliente não está fazendo progressos, o terapeuta fica suscetível a prolongar a terapia desnecessariamente.

Autoconhecimento

Os musicoterapeutas levam um pouco de si para o trabalho com seus clientes – seu histórico pessoal e profissional, experiências de vida, personalidade, musicalidade, questões emocionais, crenças, valores e assim por diante. Todos esses fatores têm um papel central na forma única com que cada terapeuta interage com seus clientes, constrói relações terapêuticas e usa a música no processo terapêutico. É, portanto, essencial que os musicoterapeutas monitorem continuamente como suas características e necessidades pessoais e profissionais podem afetar o cliente e o processo terapêutico. O primeiro nome dado a este fenômeno foi “contratransferência”. Embora a definição inicial de Freud a limitasse em escopo e aplicabilidade à situação analítica, ela é atualmente reconhecida como um conceito essencial a

muitas formas de terapia. É um fenômeno natural a qualquer relação cliente-terapeuta, independente da orientação (p. ex., comportamental, desenvolvimentista, psicodinâmica, transpessoal) ou do objetivo da terapia (p. ex., aprendizado, mudança de comportamento, catarse, insight, etc.). A razão é muito simples: se a terapia envolve ou depende de qualquer tipo de relação interpessoal entre cliente e terapeuta, e se o terapeuta é um ser humano com a combinação usual de corpo, psique e espírito, então o terapeuta está sujeito a sentimentos pessoais, posturas, crenças, preconceitos, hábitos ou experiências passadas que podem influenciar – positivamente e negativamente – quem ele é nesta relação e como ele interage com o cliente.

Nesta concepção ampliada, contratransferência inclui todas as predisposições conscientes e inconscientes e as respostas do terapeuta ao cliente que têm sua origem na personalidade e experiência do terapeuta, passada e presente. A contratransferência pode ter um efeito positivo quando o terapeuta pode usar semelhanças pessoais com o cliente para ganhar maior insight e rapport. Ela pode ter uma influência negativa quando questões inconscientes do terapeuta tornam-se um obstáculo à terapia ou prejudicam o cliente de algum modo. O resultado é que o terapeuta atende suas próprias necessidades no lugar de, ou à custa de, atender às necessidades do cliente e o faz sem saber. Os exemplos mais comuns são quando o terapeuta projeta suas questões no cliente e então o trata a partir daí no lugar de abordar suas reais necessidades; quando o terapeuta distorce ou mal interpreta informações sobre o cliente de acordo com suas próprias crenças; quando o terapeuta torna-se excessivamente envolvido com os problemas do cliente e perde seus limites pessoais; ou quando o terapeuta maltrata ou negligencia um cliente devido a sentimentos inconscientes de raiva ou vingança a pessoas significativas em sua própria vida. Tenham em mente que estas são apenas algumas das possibilidades.

Dado o tamanho deste tópico e o espaço limitado que temos, podemos mencionar apenas algumas poucas áreas que são particularmente importantes para os musicoterapeutas observarem.

Limites

Um dos grandes perigos para o cliente, terapeuta e processo terapêutico é a existência de problemas de limites entre o cliente e o terapeuta. De fato, problemas de limites podem ser vistos como a causa da maioria das questões de autoconhecimento examinadas aqui. Mais frequentemente o problema é a perda ou o embaraço dos limites ou o que pode ser chamado “sobreidentificação”.

> Um terapeuta é continuamente convidado a entrar no mundo do cliente e a se colocar no lugar deste em sua experiência: este esforço está no núcleo da relação clienteterapeuta. Em um nível psicológico, fazer estas identificações empáticas requer ao terapeuta a contínua suspensão e reconstituição de suas barreiras pessoais. No processo, ele é continuamente desafiado a fazer claras distinções entre sua própria vida, seus problemas e sentimentos e aqueles do cliente. (BRUSCIA, 1998b, p. 81)

A sobre-identificação do terapeuta com o cliente leva a uma massiva confusão sobre quais problemas e demandas estão abordados na terapia, quem precisa de ajuda, quem está ajudando quem, quem tem a responsabilidade sobre o quê, quem está sentindo o quê e por aí vai.

O problema oposto pode ocorrer: o terapeuta pode fortalecer demais esses limites e assim

estabelecer uma distância muito grande.

> A reação oposta [ao limite desfeito] é sentir-se indiferente ou desconectado do cliente por longos períodos, ou frequentemente ser incapaz de sentir empatia com o que o cliente está experimentando. Quando isso acontece, o terapeuta está por vezes tentando se distanciar do cliente tornando impermeáveis os limites emocionais entre eles. (idem, p. 32)

Ser reflexivo acerca dos limites, então, significa para o terapeuta continuamente monitorar quando ele está suspendendo seus limites e se direcionando ao mundo do cliente, quando ele está mantendo os próprios limites e quando ele está se defendendo com limites bem marcados. O desafio aqui é que o terapeuta será chamado a fazer todas essas mudanças de limite dentro do curso da terapia e que apenas pela reflexividade ele pode determinar o *timing* apropriado para a mudança nos limites e que tipo de mudança é mais apropriado.

É importante perceber que embora estes problemas soem pertinentes apenas para psicoterapia, eles ocorrem em todas as áreas da prática musicoterápica.

Responsabilidade

Os clientes vêm à terapia buscando ajuda, por isso um importante desafio para o terapeuta é determinar quais responsabilidades pertencem ao cliente e quais pertencem a ele mesmo. O terapeuta deve ser cuidadoso para não assumir demais ou de menos a responsabilidade de suprir as demandas do cliente, resolver os problemas do cliente ou levar o cliente à transformação. A relação cliente-terapeuta não pode ser baseada na dependência de nenhum dos lados. Nem o cliente nem o terapeuta podem contar exclusivamente com o outro para o sucesso da terapia; ao invés disso, cliente e terapeuta devem encontrar formas apropriadas de compartilhar a responsabilidade e trabalhar juntos para alcançar as metas da terapia. Ajudar o cliente não significa tomar para si toda a responsabilidade sobre o cliente.

Poder

Para ser reflexivo sobre poder, o terapeuta deve trazer à consciência e monitorar duas áreas potenciais de disparidade de poder. A primeira inclui as disparidades que o cliente experimentou em sua vida, ambos dentro e fora de sua consciência. A segunda inclui as disparidades de poder que podem existir ou se desenvolver entre terapeuta e cliente em seu trabalho juntos. De vital importância é a investigação dessas disparidades que afetam negativamente o cliente e sua saúde e bem-estar.

Uma ajuda fundamental da terapia é empoderar o cliente para que este possa repelir qualquer opressão e ser apropriadamente confiante. Por outro lado, ao ser reflexivo sobre poder, o terapeuta deve ser cuidadoso para não subestimar e desse modo depreciar o poder do cliente. Ver Nota 8B para a discussão sobre como terapeuta e cliente têm diferentes poderes.

Reatividade Emocional

“Todo terapeuta está fadado a experimentar reações emocionais ao trabalhar com um cliente, mas a natureza e intensidade destas reações determinarão por fim se ele pode usar estas emoções para avançar o processo terapêutico.” (BRUSCIA, 1998b, p. 81) Dois tipos de reatividade emocional devem ser continuamente monitorados pelo terapeuta. O primeiro tipo ocorre quando o terapeuta experimenta emoções muito intensas ou extremas em resposta ao cliente, à música ou a eventos de uma sessão. Tais emoções podem incluir amor, ódio, raiva, tristeza, desamparo e impotência, para nomear alguns. O segundo tipo ocorre quando o terapeuta tem reações injustificáveis ou inexplicáveis para com o cliente, a música ou os eventos de uma sessão. Tais reações podem não estar relacionadas ao cliente nem à situação, ainda que inapropriadas ou muito incomuns ao terapeuta. Alguém poderia dizer que tais reações vieram do nada ou são completamente “fora da casinha”.

Esse tipo de reação emocional está diretamente relacionado a problemas com os limites, e muito frequentemente ocorre por que o terapeuta não está totalmente consciente da extensão de seu envolvimento emocional ou identificação com o cliente.

Contextualizando o Cliente e o Terapeuta

“Contextualizando” é o termo utilizado aqui para identificar similaridades e diferenças entre cliente e terapeuta em idade, gênero, raça, nacionalidade, crença religiosa, incapacidade, status social, orientação sexual e assim por diante. Contextualizar é localizar a identidade pessoal e sociocultural de alguém em relação à do cliente. Isso é importante ao processo terapêutico porque sem entender e aceitar essas similaridades e diferenças é impossível desenvolver uma relação de trabalho com o paciente. O maior perigo para o terapeuta é assumir equivocadamente que existem semelhanças ou diferenças onde não há ou assumir que não existem semelhanças ou diferenças onde elas existem. Por fim, isto pode levar o terapeuta a impor suas próprias crenças e valores sobre o cliente ou a assumir que suas crenças e valores são melhores que as do cliente, sendo as duas ações danosas e, portanto, antiéticas.

Comparar a si mesmo com o cliente é a primeira camada da contextualização. Num segundo nível, o terapeuta expõe os muitos contextos que estruturam seu trabalho com o cliente, tais como as atmosferas interpessoais e ambientais da sessão de terapia, os contextos interpessoais de cliente-terapeuta-família e cliente-terapeuta-equipe, o contexto sociocultural da situação de vida do cliente, e assim por diante. Todos esses aspectos podem influenciar potencialmente a relação cliente-terapeuta tanto positivamente quanto negativamente.

Bem-Informado

Os musicoterapeutas são eticamente obrigados a permanecerem bem informados sobre seu campo e a usar todo o conhecimento disponível em seu trabalho com seus clientes, incluindo tradições orais e escritas da prática clínica, teorias relacionadas e o fluxo contínuo de pesquisas relacionadas. De particular importância, o terapeuta deve ser reflexivo sobre o quão atualizado estão seus conhecimentos para a melhor prática de musicoterapia com seus clientes.

Além de permanecer atualizado acerca do conhecimento profissional, o terapeuta também deve buscar continuamente por informações relevantes sobre cada cliente sob seus cuidados. Isso significa manter atualizados todos os registros dos clientes que sejam relevantes ao terapeuta.

Prática Ética

Os musicoterapeutas devem seguir padrões éticos e clínicos que guiam e regulam a conduta de seus membros quando engajados na prática, teoria e pesquisa musicoterápicas. Códigos oficiais de prática clínica e ética publicados por diferentes associações pelo mundo frequentemente lidam com essas questões.

- *Competência*. Espera-se do musicoterapeuta que este trabalhe dentro dos limites de suas qualificações e não se afirme além de suas habilidades e nível de competência. Ao mesmo tempo, espera-se igualmente que os musicoterapeutas aprimorem e expandam sua expertise através da educação continuada. As áreas exatas de competência que um indivíduo deve ter para praticar a musicoterapia serão delineadas posteriormente no capítulo sobre "o terapeuta".
- *Direitos do Cliente*. Espera-se que o musicoterapeuta respeite todos os direitos legais e pessoais do cliente, incluindo aqueles relacionados a segurança, dignidade, direitos civis, atendimento, autodeterminação e confidencialidade. Na medida do possível, é esperado que o musicoterapeuta mantenha o cliente totalmente informado sobre o tratamento, ganhe seu consentimento e o convide a participar das tomadas de decisão sobre este.
- *Padrões da Prática*. Espera-se que o musicoterapeuta empenhe-se para fornecer um serviço da mais alta qualidade, enquanto observa os padrões profissionais de encaminhamento, avaliação diagnóstica, planejamento, tratamento, avaliação e conclusão dos serviços.
- *Relacionamento com os Clientes*. Espera-se que os musicoterapeutas estabeleçam e mantenham relações profissionais apropriadas com seus clientes. A relação cliente-terapeuta não deve nunca envolver intimidade sexual, exploração, etc.
- *Relacionamento com os demais*. Os musicoterapeutas devem respeitar os direitos pessoais e legais de seus colegas e empregadores, enquanto observam todas as regras e regulações de seu local de trabalho.
- *Pesquisa*. Musicoterapeutas pesquisadores devem respeitar os direitos pessoais e legais dos indivíduos que servem como sujeitos ou participantes em seus estudos.
- *Honorários*. Espera-se que os musicoterapeutas conduzam suas transações financeiras com honestidade, transparência e integridade.

Sumário

Para ser reflexivo, um terapeuta deve continuamente trazer à consciência e trabalhar sobre os seguintes tópicos e questões clínicas:

- *Integridade de Meta*. As metas do cliente são relevantes, delimitadas, realizáveis e apropriadamente específicas?
- *Integridade de Método*. Eu, enquanto terapeuta, considerei adequadamente as indicações, contraindicações, preferências do cliente e sua necessidade de apoio?
- *Progresso do Cliente*. Sou atento o suficiente às transformações do cliente, e consigo relacioná-las aos métodos que estou usando?
- *Autoconhecimento*. Levo em conta o quanto minha composição psicológica pode estar afetando o cliente e o processo terapêutico?
- *Contextualizando o Cliente e o Terapeuta*. Estou ciente de como similaridades e diferenças entre o cliente e eu (isto é, contextos ambientais, interpessoais e socioculturais) podem estar influenciando nosso trabalho em conjunto?
- *Bem Informado*. Sei o suficiente sobre o que estou fazendo?
- *Prática Ética*. Meu trabalho é consistente com os padrões éticos e clínicos da prática?
- *Eu dou os passos necessários para garantir minha própria reflexividade?*

7

O TERAPEUTA

A Necessidade de um Terapeuta

Por que um terapeuta é necessário para que a terapia aconteça? Pode alguém ser terapeuta de si mesmo? Pode alguém assumir os papéis tanto de cliente como de terapeuta? Será que o cliente realmente precisa da ajuda de um terapeuta? Qual expertise e competência o tornam essencial para o processo terapêutico?

Estas questões são particularmente pertinentes e desconcertantes para a musicoterapia, onde a música é um agente ativo, de tal forma que, por vezes, suplanta as funções tradicionais do terapeuta. O terapeuta é realmente necessário quando a música serve como agente terapêutico primário, ou o cliente pode referir-se diretamente à música sem a ajuda de um terapeuta? Será que a musicoterapia refere-se apenas a estas experiências musicais que envolvem um terapeuta, ou ela também inclui experiências terapêuticas derivadas apenas da música?

Como mostrado nas tabelas do Capítulo 3, a musicoterapia foi por vezes definida simplesmente como "o uso da música", sem estipular claramente que o terapeuta é essencial no processo. Em contraste, existem muitas outras definições onde o terapeuta está listado como um agente da terapia, e muitas definições afirmam que o que torna um terapeuta um ingrediente essencial é o relacionamento que este desenvolve com o cliente. Certamente todas essas assertivas estão corretas, mas fica um número de questões fundamentais ainda sem resposta: Quais são as responsabilidades específicas de um terapeuta que definem seu papel dentro da relação? Como a relação cliente-terapeuta difere de outros tipos de relação? O que um terapeuta faz que outros profissionais, amigos ou parentes não fazem ou não podem fazer? O que um terapeuta traz à terapia que um cliente já não tenha, ou o que um terapeuta faz que um cliente não possa fazer por si mesmo?

Critérios para Definição

Em termos simples, um musicoterapeuta é alguém que aceita ajudar um cliente com uma meta relacionada à saúde através da música, usando sua expertise e credenciais dentro de um relacionamento profissional. Note que existem muitos ingredientes essenciais a esta definição: um compromisso, o papel de ajudar o cliente, um tratamento de saúde baseado na música, determinadas qualificações e um relacionamento profissional. Vamos discutir agora cada um desses critérios separadamente.

Contrato

O terapeuta é definido como uma pessoa que assume o compromisso de ajudar um cliente com uma demanda de saúde particular fornecendo um tipo de serviço em particular; o cliente (parente, tutor ou instituição agindo em nome do cliente) concorda em aceitar a ajuda e os serviços oferecidos pelo terapeuta e remunerá-lo de alguma forma por eles. Por definição, então, terapeutas fornecem seus serviços a partir de um contrato, formal ou informal, com seus clientes ou seus representantes onde – como acontece com todos os profissionais de saúde – está prevista a remuneração pelos serviços profissionais fornecidos ao cliente. Terapia não é algo passível de ser doado, e um terapeuta não é um voluntário que está doando seus serviços. É claro, isso não significa que terapeutas não possam se voluntariar, oferecer sessões gratuitas ou trocar serviços com outros terapeutas. Todas essas são claras exceções à regra, algumas vezes feitas com garantias outras vezes não, algumas vezes feitas com ética outras vezes não. Um julgamento é sempre necessário. Mas para propósitos teóricos, um terapeuta não é definido como alguém que oferece seus serviços sem remuneração. As exceções não definem a regra.

Dado o altruísmo e cuidado que é por vezes necessário para a terapia ser efetiva, pode parecer grosseiro enfatizar os aspectos financeiros da relação cliente-terapeuta. Mas este fato grosseiro é também importante na definição dos limites de atuação de um terapeuta profissional. Um terapeuta não fornece ajuda a clientes sempre que um deles expressa o desejo ou necessidade por seus serviços ou sempre que um terapeuta quer ajudar um cliente. A terapia sempre procede a partir do entendimento que um terapeuta não fornece terapia a menos que seja requisitado, como evidenciado pelo contrato feito com o cliente, ou representante, que prevê o pagamento dos seus serviços. Quando algo é dado gratuitamente, sem pagamento, fica sempre a dúvida se o cliente quer o que o terapeuta está fornecendo, ou se o terapeuta está ajudando o cliente por motivos pessoais, e não profissionais.

Estas questões são particularmente árduas quando um coletivo, comunidade, ou ambiente é designado pelo terapeuta como cliente, ou quando as metas buscadas pelo terapeuta não são as transformações desejadas ou especificadas pela entidade. A entidade buscou ou necessitou da ajuda do terapeuta? Quem é o maior interessado na ajuda oferecida pelo terapeuta? Estas questões ficam igualmente difíceis de responder quando o terapeuta torna-se um ativista ou defensor de transformações sociais. Ambas as entidades (terapeuta e cliente) não chegam a um consenso se a ajuda do terapeuta é mesmo necessária ou desejada.

Quem Ajuda e não é Ajudado

Embora o acordo entre cliente e terapeuta envolva uma troca dos serviços terapêuticos pela remuneração do cliente, ele não é do tipo recíproco. O cliente e o terapeuta não trocam o mesmo tipo de ajuda. Os clientes não oferecem terapia ao terapeuta em retorno pela terapia dada pelo terapeuta, e o cliente não oferece ajuda ou serviços ao terapeuta em troca da ajuda e serviços do terapeuta. Reciprocamente, o terapeuta não retribui o que quer que o cliente lhe tenha feito. Por exemplo, se o cliente se queixa ao terapeuta sobre seus problemas ou tem um acesso de mau-humor, o terapeuta não tem o direito de fazer o mesmo. Ou se o cliente busca o suporte do terapeuta durante uma crise, o terapeuta não pode esperar que o cliente “esteja lá” durante suas próprias crises.

Quando os papéis são trocados significativamente na terapia, isto é, quando o terapeuta necessita ou busca a ajuda do cliente e/ou quando o cliente fornece ajuda ao terapeuta, o terapeuta não está mais dentro do papel de terapeuta, e o cliente não está mais agindo no papel de cliente – em resumo, a terapia não está mais acontecendo. Mais importante, a relação tornou-se inapropriada, profissionalmente antiética e potencialmente abusiva.

Por definição, então, o terapeuta é a pessoa que ajuda e o cliente é a pessoa que recebe esta ajuda, e este compromisso com a relação de "cuidador e cuidado" é unidirecional e unilateral – ela não acontece nas duas vias. Ela não tem o mesmo caráter de dar e receber da maioria das relações pessoais em família e entre amigos.

Função focada na saúde

A terapia não é definida como um tipo qualquer de ajuda, e um terapeuta não é qualquer tipo de cuidador. Por definição, a terapia é um esforço para otimizar a saúde do cliente, e um terapeuta, por profissão, é uma pessoa que ajuda o cliente a fazer isso.

Existem duas perguntas importantes na manutenção destes limites. Primeiro, o terapeuta está ajudando o cliente no que diz respeito a sua saúde? Segundo, o terapeuta está fornecendo serviços de natureza profissional? Outros tipos de ajuda que um terapeuta pode fornecer – isto é, qualquer tipo de ajuda que não busque restaurar, manter ou otimizar a saúde do cliente e qualquer tipo de ajuda que seja em sua natureza pessoal e não profissional – caem fora dos limites da prática profissional da musicoterapia. Assim, o terapeuta cuida da saúde do cliente através de tipos específicos de serviços profissionais como definido pela disciplina ou área de expertise do terapeuta.

Não obstante a miríade de demandas de um cliente que pode emergir durante o curso do tratamento e a ênfase atualmente dada à prática interdisciplinar, um terapeuta não fornece ajuda de natureza pessoal ou que ultrapasse seus limites profissionais. Assim, por exemplo, não obstante as necessidades pessoais do cliente ou as demandas de trabalho de uma instituição, os serviços de um musicoterapeuta não incluem levar recados ou prestar favores pessoais; não incluem encontrar o cliente socialmente ou participar de eventos familiares; e não incluem fazer o que outros profissionais são qualificados ou que lhes é prerrogativa fazer, tal como ser salva-vidas na piscina, treinar o time de basquete, cozinhar para os clientes ou atuar como professor de algum outro campo.

Existem exceções. Atravessar esses tipos de limites profissionais pode ser adequado em formas sociais de terapia ou sempre que o tratamento requeira uma completa imersão do terapeuta na comunidade do cliente. Além disso, musicoterapeutas que trabalham para construir ou otimizar comunidades e aqueles que trabalham pela transformação social podem atravessar esses limites, caso vejam necessidade. Eles podem assumir papéis e fornecer serviços que estão além dos limites da prática musicoterápica, e suas relações com os clientes podem estar além do cuidador e do cuidado. Expandir esses limites de qualquer modo pode ser uma forma efetiva e oportuna para musicoterapeutas alcançarem suas metas, mas essa expansão também traz à tona questões éticas que devem ser consideradas cuidadosamente.

Questões éticas à parte, isso também traz questões para a definição. Quando musicoterapeutas oferecem a seus clientes serviços além dos limites de seu campo, é importante para eles levarem em conta que o que estão fazendo não é musicoterapia. A musicoterapia não pode ser definida de forma a incluir todos os serviços que cada musicoterapeuta pode escolher oferecer a seus clientes e instituições. Tudo o que um musicoterapeuta faz profissionalmente ou pessoalmente não se qualifica automaticamente como musicoterapia. A musicoterapia tem clara e especificamente definidos seus próprios limites que são inerentes à sua missão.

Baseado na Música

Os serviços profissionais de um musicoterapeuta são definidos e delimitados por aquelas questões de saúde do cliente *que possam ser abordados através da música*. Embora isso possa parecer óbvio ou redundante de se dizer, o objetivo primário do musicoterapeuta é fornecer aos clientes experiências musicais com o intuito de promover sua saúde. O musicoterapeuta não fornece ao cliente serviços em outras modalidades terapêuticas. À parte questões éticas da expertise, o musicoterapeuta não faz "arte" terapia, "movimento" terapia ou psicoterapia verbal, por exemplo.

Assim, juntando essas duas condições: Qualquer trabalho relacionado à saúde mas não à música ou vice versa está fora dos limites da musicoterapia profissional. Os musicoterapeutas devem estar sempre alertas para que o que eles oferecem e para que o seu conhecimento e experiência esteja sempre dentro dos limites das áreas da saúde e da música. Isto nos leva à próxima parte desta discussão.

Qualificações

Expertise

Um terapeuta, por definição, tem conhecimentos e habilidades específicas e oferece sua expertise para ajudar o cliente. Para funcionar como terapeuta, é preciso ter a expertise necessária para assumir as responsabilidades deste papel exigidas pela forma particular de terapia sendo oferecida e pela população sendo atendida. Nos EUA, a expertise necessária para o início da carreira – isto é, para começar a praticar a musicoterapia como um iniciante – reside em três áreas principais, como delimitado pela *American Music Therapy Association* (AMTA) (2008), que são fundamentos de música, fundamentos de clínica e musicoterapia. Para mais detalhes, veja seu website *HTTP://www.musictherapy.org/about/competencies/*.

Fundamentos de Música

- Teoria musical e história da música
- Composição e Arranjo
- Habilidades medianas no instrumento de performance
- Habilidades funcionais no piano, violão, vocal, percussão e instruções não sinfônicas
- Improviso
- Regência
- Movimento

Fundamentos de Clínica

- Excepcionalidade
- Princípios da Terapia
- A relação terapêutica

Musicoterapia

- Fundamentos e Princípios
- Avaliação Diagnóstica do Cliente
- Plano de Tratamento
- Implementação da Terapia
- Avaliação da Terapia
- Domcumentação
- Conclusão e Alta
- Papel Profissional / Ética
- Colaboração Interdisciplinar
- Supervisão e Administração
- Métodos de Pesquisa

Definir a competências específicas de um musicoterapeuta tem sido um importante desenvolvimento num campo que é por natureza tão interdisciplinar. Existem muitos músicos que fazem tipos similares de trabalho em settings clínicos mas que não são totalmente qualificados como musicoterapeutas; da mesma forma, existem muitos terapeutas de outros campos clínicos que usam a música em sua prática mas que não são totalmente qualificados como musicoterapeutas.

A situação alcançou um dilema muito interessante na definição de musicoterapia. A musicoterapia é definida pelo tipo de formação que o terapeuta teve ou pelo tipo de serviço prestado pelo terapeuta? Se um psicoterapeuta usa métodos da musicoterapia, este serviço deve ser chamado de psicoterapia ou musicoterapia? Reciprocamente, se um musicoterapeuta usa métodos da psicoterapia, esse serviço é classificado como psicoterapia ou musicoterapia? Estas questões ficam ainda mais difíceis quando músicos que não são terapeutas e terapeutas que não são músicos obtém intenso treinamento em uma área ou método particular da musicoterapia e tornamse bastante competentes nessa prática. Eles podem estar fazendo musicoterapia, e bem feita, mas eles devem ser definidos como musicoterapeutas?

Relacionada a essa questão está a capacidade de um musicoterapeuta para servir como um terapeuta primário. Ao atuar na qualidade de auxiliar, o musicoterapeuta permanece dentro dos limites da música e trabalha com a consulta de uma equipe ou a supervisão do terapeuta primário. Ao atuar como terapeuta primário, o musicoterapeuta pode visar as metas de outras disciplinas dentro dos limites de sua expertise e com a consultoria apropriada. Obviamente, então, o histórico de formação, treino e competência são determinantes importantes dos limites do papel do musicoterapeuta.

Se o terapeuta deve ser um profissional com expertise em uma área designada, então obviamente ele não vai além desta em sua ajuda ao cliente. Um musicoterapeuta não é, por exemplo, um

fonoaudiólogo ou psicoterapeuta – a menos que tenha sido especificamente treinado e oficialmente designado para tal. Assim, um musicoterapeuta não usa os procedimentos de avaliação diagnóstica, tratamento ou avaliação de outras disciplinas sem o treinamento ou expertise necessários e não oferece a seus clientes qualquer tipo ou nível de serviço de saúde que vá além de sua área.

Credenciais

Não apenas um musicoterapeuta deve ter o conhecimento e a habilidade necessários, mas deve ser designado como tal pela autoridade competente. Isto é, um musicoterapeuta deve ser reconhecido como um "profissional treinado" através de algum mecanismo oficial ou autoridade (i.e., certificação ou registro em alguma associação profissional ou conselho estadual). Isso serve para garantir que futuros clientes se assegurem de que o terapeuta é qualificado para praticar musicoterapia.

Nos EUA, a única associação com a responsabilidade legal de credenciar musicoterapeutas é o *Certification Board for Music Therapists (CBMT)*. O CBMT concede o título de "Musicoterapeuta licenciado pelo conselho" ou "MT-BC" para indivíduos qualificados que passem em seu exame nacional.

Associações similares existem em muitos outros países pelo mundo, todas ocupadas com o desenvolvimento de padrões e requisitos na formação de musicoterapeutas e na concessão de credenciais.

Conclusão

Um musicoterapeuta é alguém que tem a expertise e as credenciais requeridas para ajudar seus clientes a otimizar sua saúde através de serviços baseados na música, fornecidos dentro do limite de uma relação profissional comprometida.

8

AJUDA[3]

Ajuda é uma palavra tão comum que pode parecer desnecessário se perguntar o que ela significa. Mas quando colocada de forma tão proeminente na definição de uma profissão de saúde, torna-se uma palavrachave a ser definida. Se o propósito principal da musicoterapia é ajudar o cliente, parece essencial saber precisamente qual é a natureza desta ajuda.

Antes de resolver o problema de definir ajuda em referência especificamente à musicoterapia, pode ser esclarecedor voltar ao uso diário do termo. O dicionário on-line Merriam-Webster dá algumas definições claras e simples que são bem relevantes, tais como:

- Dar assistência ou suporte
- Servir
- Ser útil ou beneficiar
- Tornar mais agradável ou tolerável
- Promover o avanço

Juntas, essas definições dão uma visão bem perspicaz sobre como o terapeuta ajuda o cliente. Mais importante, elas também fornecem uma base para a definição do que não significa ajudar.

Questões e Preocupações

O termo "ajuda" foi uma preocupação considerável para alguns membros do grupo de desconstrução (ver Nota 8A) devido ao sentimento de que nele havia conotações de hierarquia, poder e opressão por parte do terapeuta (ver Notas 8B e 8C) e passividade e dependência por parte do cliente. Revendo cuidadosamente as definições acima, é difícil justificar estas interpretações. De fato, se há alguma coisa, as definições acima sugerem que se há hierarquia, o cuidador está abaixo da pessoa sendo ajudada, pois esta é o agente primário e não o cuidador, e também que as duas partes estão num processo de colaboração. Assim, é importante esclarecer que na concepção em questão do termo, "ajuda" não se destina a significar opressão hierárquica pelo terapeuta ou passividade e dependência no cliente, nem exclui a possibilidade de colaboração.

Ademais, a colocação da palavra "ajuda" na atual definição de musicoterapia claramente sugere

que o terapeuta ajuda o cliente a otimizar sua saúde – o terapeuta não otimiza a saúde do cliente para este. No lugar disso, assiste, dá suporte, serve e torna mais agradável as tentativas do cliente de alcançar esta otimização. Assim, a definição dá clara responsabilidade ao cliente por sua própria saúde e delega ao terapeuta o papel de ajudante e colaborador.

Apenas Ajudar

Indo além, ajudar é tudo o que um terapeuta pode fazer. O terapeuta não pode fazer as transformações necessárias pelo cliente, nem pode forçá-lo a fazê-lo, independente de quanta orientação e motivação sejam aplicadas. Assim, todos os tipos de ajuda descritos abaixo essencialmente dão aos clientes as condições que precisam para mudar a si próprios e à sua saúde. Certamente, um terapeuta pode ajudar o cliente a ficar saudável e pode ainda estimular o processo de transformação necessário, mas no limite é o cliente que deve tomar os passos necessários para alcançar e manter sua saúde. Bateson (1980) apreendeu os limites e dificuldades do terapeuta tomando um velho adágio um passo além: "Você pode levar um cavalo à água, mas não pode fazê-lo beber. Beber é com ele. Mas mesmo se seu cavalo tem sede, ele não pode beber a menos que você o leve. Levar é com você" (p. 80).

Identificando quem Ajuda

Dentro de um contexto profissional, aquele que ajuda é alguém que fornece um serviço. A questão aqui é: quais tipos de serviços exatamente um musicoterapeuta fornece e que não são fornecidos por mais nenhum tipo de profissional de saúde? Claro, a resposta mais óbvia é engajar o cliente em experiências musicais terapêuticas. Mas como exatamente esse engajamento na música o qualifica como um serviço terapêutico?

Anteriormente foi explicado que a música é utilizada de duas formas básicas: como terapia e em terapia, isto é, com a música tomando o papel primário de quem ajuda e o terapeuta sendo secundário, e com o terapeuta assumindo o papel primário de cuidador e a música sendo secundária. Assim, não é inteiramente exato dizer que é apenas a música que torna a musicoterapia única – é a combinação da música com o terapeuta no papel de quem ajuda que a diferencia de outras disciplinas.

As implicações disto para o entendimento de como a musicoterapia ajuda o cliente formam uma miríade. Simplificando, dependendo da demanda e das circunstâncias, o terapeuta pode ajudar de uma forma e a música de outra; algumas vezes eles podem ajudar da mesma forma, outras não; algumas vezes apenas o terapeuta poderá oferecer o tipo específico de ajuda que o cliente precisa, e outras vezes apenas a música poderá fazê-lo; e algumas vezes ambos terapeuta e música deverão ser combinados para oferecer a ajuda necessária.

Com isso em mente, vamos examinar a prática clínica e descobrir exatamente como os musicoterapeutas usam a música e a si próprios para ajudar seus clientes. O que se segue é uma breve descrição dos tipos de ajuda oferecidos pelo musicoterapeuta. Uma vez que estas formas de tratamento podem ser implementadas musicalmente, verbalmente ou não-verbalmente, a ênfase será dada aqui à implementação musical, tal como é mais própria da musicoterapia.

“Estar lá” para o Cliente

A condição essencial para a terapia acontecer é que o terapeuta “esteja lá” para o cliente. Uma vez mais, nosso entendimento cotidiano desta frase é provavelmente a forma mais fácil de entender o complexo fenômeno da terapia. Se pensarmos em “estar lá” para nossa família ou amigos, imediatamente reconhecemos que existem infinitas formas para isso, dependendo da situação, do que o outro precisa e do nosso estilo próprio de se dar aos outros. O mesmo vale para o terapeuta com seus clientes. Ver Muller (2008) para um exame mais abrangente sobre como terapeutas experienciam estar presente para seus clientes.

Estar lá é estar disponível para outra pessoa na medida do possível e do apropriado – abrir-se para a experiência de outra pessoa, entender suas circunstâncias, sustentar o testemunho de seus dilemas, acompanhá-la em sua jornada, oferecer qualquer assistência ou suporte que seja apropriado, oferecer orientação se necessário e preocupar-se com ela, com a jornada e com o desenlace.

Pensando como um músico, estar lá para o cliente não é muito diferente de dar a alguém um acompanhamento musical. Por exemplo, quando pianistas acompanham um vocalista ou instrumentista solo, eles têm de seguir a condução do solista, aderir a sua interpretação da peça e tomar a dianteira quando assim for indicado. Quem acompanha está ao fundo com o solista no primeiro plano, ainda que seja indispensável ao ajudar o solista a apresentar a composição.

É claro, em terapia (como na música), existem limites definidos. O terapeuta está lá para o cliente de todas as maneiras acima, mas apenas em relação à sua saúde e apenas dentro do contexto do processo musicoterápico. Não é responsabilidade do terapeuta, nem é apropriado, que ele se faça presente para o cliente de outras formas ou em outras situações.

Entendendo suas Demandas e Recursos

A avaliação diagnóstica em musicoterapia tem como objetivo ajudar terapeuta e cliente a identificar as demandas terapêuticas do cliente assim como os potencias recursos para supri-las. Esta busca por um entendimento do cliente é uma parte contínua do processo do cuidar, onde ambos cliente e terapeuta precisam direcionar seu trabalho juntos. Com a identificação das demandas e dos recursos do paciente, o terapeuta passa a ter uma compreensão ampliada sobre a melhor forma de ajudá-lo em seu papel de terapeuta, e , mais especificamente, com quais recursos ele pode contar no processo.

Tendo Empatia pelo Cliente

Ter empatia é uma extensão de “estar lá”; é uma das opções. É também uma continuação da compreensão das demandas e recursos do cliente. Empatia é a capacidade de se identificar ou de compreender o que outra pessoa está experimentando. Isso pode incluir ter a mesma ou similar resposta corporal, sentir as mesmas emoções, adotar a mesma perspectiva sobre um fato, pensar os mesmos pensamentos, fazer algo juntos e por aí vai. A empatia é alcançada através do processo de identificação, quando uma pessoa se identifica com outra e então imagina o que esta pode estar experienciando. Como comumente expressado, é quando nós “nos sentimos na pele de alguém”.

A música é, por excelência, um meio para a empatia. De fato, de muitas maneiras, ela é inigualável se comparada a outros meios. Quando cantamos a mesma música juntos, vivemos na mesma melodia, compartilhamos o mesmo centro tonal, articulamos a mesma letra, nos movemos no mesmo ritmo – momento a momento, som a som, por uma contínua consciência do outro e através de esforços contínuos de permanecer juntos e então tornarse uno com a experiência. Enquanto isso, estamos recebendo o mesmo retorno quando ouvimos a nós mesmos: ouvimos os mesmo sons e palavras enquanto as cantamos e sentimos a mesma vazante e fluxo enquanto formamos cada palavra. Quando a canção é triste compartilhamos nossa tristeza, a vivemos juntos, em sincronia, e quando a música é alegre celebramos juntos, compartilhamos a mesma ocasião para festejar. Nossas ações são cronometradas em relação ao outro, nossos corpos ressoam as mesmas vibrações, nossa atenção está fixada no mesmo foco, nossas emoções são refletidas umas com as outras assim como a música que fazemos e nossos pensamentos são um só.

O que torna a música particularmente condutora de empatia é que ela não apenas une os músicos na mesma atividade sensório-motora, mas também mantém os músicos e os ouvintes no mesmo espaço-tempo auditivo, enquanto os leva pelos mesmos reinos da experiência humana de uma forma bem íntima. A música nos mantém em sua presença porque quando o som entra no ambiente ele o toma completamente e não pode ser ignorado ou bloqueado facilmente como outros tipos te estímulo.

Técnicas empáticas podem ser encontradas tanto nas formas ativas quanto nas formas passivas de musicoterapias. Por exemplo, na forma ativa (quando o cliente está engajado no fazer musical), o terapeuta pode usar técnicas tais como imitação (p. ex., ecoando um ritmo ou melodia depois deste ter sido apresentado pelo cliente); sincronização (p. ex. tocar a mesma melodia ou ritmo ao mesmo tempo); reflexão (p. ex., retratar musicalmente o estado de ânimo, atitude ou sentimentos do cliente); e incorporação (p. ex., usar um motivo musical trazido pelo cliente como parte da música) (BRUSCIA, 1987a).

Na musicoterapia receptiva (quando o cliente escuta a música), o terapeuta demonstra empatia ao selecionar a música de acordo com o princípio ISO (i. e., combinando a música com o que o cliente está experimentando, seja fisicamente, emocionalmente ou mentalmente). Por exemplo, o terapeuta pode selecionar músicas que “arrastem”[4] o cliente (p. ex., que provoquem respostas autônomas como o batimento cardíaco); músicas que “ressoem” com o cliente (p. ex., que vibrem na mesma frequência); músicas que “reflitam” os sentimentos, a disposição ou as atitudes; ou músicas que “expressem” o que o cliente está expressando em nível consciente ou inconsciente.

A empatia é essencial à relação cliente-terapeuta; de fato, é a base para todas as intervenções que o terapeuta faz para ajudar o cliente. Através da empatia, o terapeuta estabelece comunicação (*rapport*) com o cliente, constrói uma compreensão de suas demandas e de seus recursos, assegura sua confiança e prepara o cliente para todos os outros tipos de ajuda que o terapeuta vai oferecer.

À parte os benefícios diretos de ter a empatia do terapeuta, o cliente também ganha um modelo de empatia. Ao experienciar e observar a empatia do terapeuta, o cliente pode ser motivado a ter empatia pelos outros e neste processo desenvolver a sensibilidade e habilidade necessárias.

Dando Voz ao Cliente

Clientes muitas vezes vêm à terapia por que precisam expressar o que estão experimentando por dentro e devido à música fornecer uma miríade de oportunidades para ajudá-los nisso. Os musicoterapeutas

envolvem seus clientes numa grande variedade de atividades e experiências voltadas a ajudá-los a externalizar, atuar, libertar, ventilar, representar, projetar ou documentar suas experiências internas. A mídia pode ser musical, verbal ou não verbal; entretanto, de todas essas, é a autoexpressão musical que distingue a musicoterapia de outras modalidades de tratamento. Apenas na musicoterapia um cliente tem a oportunidade de se expressar através do canto, tocando instrumentos e dos atos criativos de improvisar e compor. A música é a arte de se expressar no som; através dele nós transformamos sensações corporais internas, movimentos, sentimentos e idéias em formas sonoras externas que podem ser ouvidas.

Fazer e criar música nos dá oportunidades de autoexpressão em muitos níveis. No nível mais primitivo, isso nos permite soar nossos corpos – fazer vibrar e ressoar suas diferentes partes para que elas possam ser ouvidas. Quando cantamos ou tocamos instrumentos, liberamos nossa energia interna para o mundo exterior, nós soamos nossos corpos, damos forma a nossos impulsos, damos voz a ideias não ditas ou indizíveis e derramamos nossas emoções em formas sonoras descritivas.

Quando escutamos música nós nos expressamos sofregamente através do compositor e dos músicos da peça. Essa autoexpressão sofrida é muito importante quando temos sentimentos difíceis de expressar, sentimentos aos quais somos incapazes de dar uma forma adequada, assim como sentimentos que rejeitamos ou que não queremos ter como nossos. Quando ouvimos o compositor e os músicos expressando seus sentimentos, podemos nos identificar com eles e experimentar o desprendimento como nosso e também como deles, ou podemos fazer parte desse desprendimento mas não identificar esses sentimentos como nossos.

A autoexpressão musical por vezes leva naturalmente a outras formas de expressão, dependendo das habilidades e propensões do cliente. Clientes verbais frequentemente querem falar sobre o que eles expressaram em sua música ou o que ouviram sendo expresso na música dos outros; cliente mais não-verbais às vezes preferem mudar para músicas que consideram autoexpressivas e até desenhar com elas. Mais será dito sobre essas mudanças de modalidades na próxima seção.

Interagindo com o Cliente

Como já mostrado aqui, autoexpressão é diferente de interação e comunicação. Quando alguém se expressa, não necessariamente o faz para uma pessoa ou alguma coisa que esteja do lado de fora; pode ser apenas a liberação do que está do lado de dentro, sem a preocupação de ser compreendido pelo mundo exterior ou se vai ofender ou machucar alguém ou alguma coisa. Autoexpressão, como usado aqui, é essencialmente uma questão privada. Em contraste, no interagir e no comunicar existe o interesse em ter com o mundo um dar-e-receber de influências mútuas; é um processo de influenciar e ser influenciado de forma recíproca.

Pela sua própria natureza, a musicoterapia, independente de meta ou orientação, envolve interação, seja entre cliente e terapeuta seja entre diferentes clientes. O motivo é que fazer e escutar música é uma forma muito natural e fácil de se relacionar com outros. Quando cantamos ou tocamos um instrumento com alguém, cada um assume uma parte para que a música faça sentido. Se uma pessoa é o solista e o outro faz a base, cada um tem seu papel específico em relação ao outro: o solista conduz e a base segue. Por outro lado, se a música for uma ronda ou um cânone, cada pessoa assume exatamente o mesmo papel, mas cada um canta ou toca a partir de um momento diferente. A música está cheia deste tipo de relacionamentos entre os papéis; de fato, podemos dizer que cada composição ou improvisação é como um diagrama que especifica o papel de cada um e as relações entre cada um destes e o todo.

Um componente importante na execução destes papéis é escutar ao outro. Não é suficiente tocar sua parte sem se preocupar com o que o outro está fazendo. Cada músico tem que ouvir o(s) outro(s) e ajustar seu próprio canto ou toque em relação ao tempo, à altura, à dinâmica e assim por diante.

Por todas essas razões, a música fornece infinitos modelos para interação e a musicoterapia fornece uma oportunidade para experimentar cada um deles. Certamente, outras formas de terapia têm os mesmos objetivos, entretanto, a vantagem única da musicoterapia é usar o som e a música como modalidade ou contexto primário para interagir e se relacionar com o outro.

Sustentar e Ancorar

Falando metaforicamente, uma das funções mais importantes do terapeuta é sustentar e ancorar o cliente. “Sustentar” é estar em ressonância com a luta do cliente enquanto contém sua intensidade. É uma forma de estar lá quando o cliente estiver atuando, liberando emoções muito fortes ou se deparando com obstáculos mais severos. O terapeuta permite que o cliente passe pela luta, mas guarda suas fronteiras para evitar que ele faça mal a si mesmo. Ancorar é aterrar o cliente à realidade, isto é, manter o cliente ciente do mundo exterior e da realidade de sua condição humana.

Priestley (1985/2012) descreve magistralmente o que é sustentar e ancorar comparando-os ao funcionamento dos pontos nodais em um metalofone. Os pontos nodais são os pregos que mantém as barras presas quando tocamos, para que elas vibrem sem cair da estrutura. Enquanto construía um metalofone, Priestley se deu conta:

> “Isso é o que significa ser musicoterapeuta. Eu sou um ponto nodal. Eu me agarro à realidade, e com minha imobilidade a deixo se mover, meu cliente vai lá então e a faz vibrar, comunicando sentimentos e jogando fora as sobras.” Quando o cliente não pode se comunicar eu volto a essa imagem e faço menos e menos e menos. E finalmente algo a mais acontece. (p.184)

Comunicando-se com o Cliente

Enquanto a interação envolve assumir papéis em relação aos outros e então engajá-los em formas mutuamente recíprocas, a comunicação dá um passo além. Ela envolve troca de ideias e sentimentos com outros. Uma pessoa tem uma ideia e a transmite a outra, que então responde transmitindo sua ideia, e assim por diante. Como tal, a comunicação é interação com um propósito particular: codificar e descodificar e desse modo trocar mensagens ou informações com os outros.

Em musicoterapia, o modo de comunicação pode ser musical, verbal ou não-verbal/não-musical, com uma ênfase especial dada às formas musicais. A razão é que existe uma crença central que a comunicação musical é diferente da verbal tanto no conteúdo como no processo, isto é, não apenas no que pode ser comunicado com alguma segurança, mas também na forma como é comunicado. O que somos capazes de comunicar com a música, nem sempre somos capazes de comunicar com palavras, e vice-versa: nem sempre somos capazes de usar verbalmente as formas com as quais somos capazes de comunicar musicalmente, e vice-versa. Essencialmente isso significa que a comunicação musical

permanece sem paralelos nem superposições, e como tal não pode ser substituída ou suplantada por outra modalidade de interação e comunicação.

Mas esta é apenas metade do quadro. Com a mesma frequência, a comunicação musical se sobrepõe à verbal e outras formas de comunicação não-verbal e pode servir de ponte entre elas. Música não é apenas sons nãoverbais, ela pode remeter a palavras, movimentos e imagens. Assim, a música não apenas comunica uma coisa que apenas musical, mas também realça e aumenta a comunicação verbal e não-verbal. Pense em de quantas maneiras a música nos leva a ou incorpora outras modalidades de comunicação. Podemos estabelecer palavras, movimentos ou imagens à música, nós podemos falar sobre ela e sobre nossas experiências com ela, nós podemos nos mover com a música e também desenhar com a música.

Ter a flexibilidade de ir do verbal ao musical e então para outro canal não-verbal de comunicação é a marca registrada da musicoterapia.

> A música pode fornecer meios não-verbais de autoexpressão e comunicação, ou pode servir de ponte conectando canais verbais e não-verbais de comunicação. Quando usada não-verbalmente, [a música] pode suprir a necessidade de palavras e assim fornecer uma forma segura e aceitável de expressar conflitos e sentimentos que de outra forma são difíceis de se expressar. Quando ambos os canais verbais e não-verbais são empregados, a música serve para intensificar, elaborar ou estimular a comunicação verbal, enquanto esta serve para definir, consolidar e esclarecer a [experiência musical]. (BRUSCIA, 1987a, p. 561)

Fornecendo Oportunidades de Auto-Reflexão

A autoexpressão musical nos permite externalizar o que é interno, trazer pra fora o que está dentro. Esta externalização é significativa pois nos permite fazer manifestar o que está latente, tornar consciente o que está inconsciente e, por fim, tornar nossas imagens internas em realidade externa. No processo, teremos nos dado oportunidades significativas para refletir sobre nós mesmos – ouvir como nossas urgências e dificuldades soam, ouvir quem nós somos. Em outras palavras, fazer música sempre envolve um loop infinito: colocamos sons para fora, e então os escutamos; nos fazemos soar e depois nos ouvimos soando. Esse tipo de retorno é essencial à terapia, uma vez que ele é a base sobre a qual o cliente pode reconhecer a necessidade de transformação e então identificar os tipos específicos de transformação necessários.

Além de receber o retorno de suas próprias expressões, os clientes na musicoterapia também recebem o retorno de suas interações musicais com o terapeuta. De fato, uma das muitas razões para o cliente e o terapeuta fazerem música juntos é capacitar o cliente a não apenas se ouvir, mas também ouvir como os outros no mundo externo percebem e reagem ao que ele está expressando. O terapeuta pode fazer isso musicalmente espelhando o que o cliente está fazendo musicalmente ou reagir e responder a isso musicalmente ou em outra modalidade.

A autorreflexão é essencial à terapia por duas razões. Primeiro, ela dá ao cliente autoconsciência e *insight*. Escutá-lo através de seus próprios ouvidos e dos ouvidos do terapeuta ajuda o cliente a reconhecer a necessidade de transformação e então identificar os tipos de transformações necessárias. Por último, a autorreflexão é uma forma de testar e de se lidar com a realidade. Uma vez externalizado, o

self do cliente deve negociar com as demandas do mundo. Este processo de dar e receber é cumprido requintadamente através de interações musicais.

Apresentando e Explorando Alternativas

Saúde é um conceito que já foi descrito algumas vezes como completude – aquele modo de ser quando as partes trabalham em conjunto para sermos cada vez mais completos como seres humanos. Assim, quando as partes não estão funcionando, sozinhas ou em conjunto, nosso potencial de completude foi reduzido. Quando visto sob esta ótica, toda questão de saúde pode ser vista como uma redução nas alternativas necessárias para tornarmo-nos seres humanos plenos. A partir daí, toda forma de terapia pode ser definida como uma tentativa de encontrar, avaliar e escolher as melhores alternativas na busca do cliente por saúde. O trabalho contínuo do terapeuta é, então, ajudar clientes a identificar as alternativas e os potenciais que eles precisam.

Explorar as alternativas e os potenciais do cliente é inerente ao processo criativo de fazer e ouvir música. Quando o cliente faz a música, ele toma um desafio ou problema musical em particular (p. ex., executar a partitura, improvisar sobre um ritmo ou melodia em particular, escrever uma canção) e então começa a explorar quais opções musicais estão disponíveis dados os limites inerentes colocados pela tarefa. Então eles devem avaliar as opções, tomar decisões e realizá-las. Fazer música trata-se sempre de tentar diferentes opções, decidir qual é a melhor e colocá-las em prática, usando todos os recursos que mostrem-se relevantes e disponíveis. Da mesma forma, ouvir música sempre envolve a decisão do que ouvir, como ouvir, o que a música significa e assim por diante. Ouvir música é o processo de explorar uma peça musical e a imaginação de alguém ao mesmo tempo.

Exploração criativa é também uma forma de trabalhar com o retorno que o cliente tem de seu próprio fazer musical. Como explicado acima, ouvir seus próprios sons e ouvir como como os outros respondem a eles ajuda a esclarecer os tipos de transformações que o cliente precisa fazer, mas antes que tal coisa possa ser feita, o cliente deve explorar as várias opções e ensaiar a própria transformação. É a natureza exploratória e criativa da música que permite tal experimentação.

Guiando quando Necessário

Algumas vezes os clientes não compreendem adequadamente suas próprias necessidades de saúde e o que precisam fazer para resolvê-las. Nesses casos, o terapeuta serve como um guia apontando os caminhos que o cliente pode pegar para alcançar alguma melhora. Algumas vezes os clientes entendem suas necessidades e sabem os caminhos que devem tomar mas desconhecem os próprios recursos que têm para atravessar o caminho. Nesses casos, o trabalho do terapeuta é ajudar o cliente a reconhecer e tomar para si seus próprios recursos. Algumas vezes os clientes não podem ver alternativas válidas para seus problemas. Aqui o trabalho do terapeuta é introduzir alternativas que o cliente possa experimentar como possíveis resoluções. Todos esses cenários fornecem exemplos de quando a ajuda do terapeuta envolve guiar o cliente de alguma forma. Note que em nenhum deles o terapeuta diz ao cliente o que fazer ou quais transformações devem ser feitas, ao invés disso, ele conduz o cliente por diversos pontos de decisão ao longo da jornada pela saúde.

Conectando o Cliente ao Self e ao Mundo

Uma característica importante da completude, tanto na saúde como na música, é a harmonia. Harmonia é quando tudo se encaixa e funciona junto como parte de um todo, o qual se torna parte de outro todo e assim por diante. Por esta razão, uma meta comum em musicoterapia, seja a orientação educacional, médica ou psicoterapêutica, é ajudar o cliente a fazer conexões de todos os tipos, e assim juntar as partes em um todo harmonioso. As conexões que precisam ser feitas podem ser entre diferentes partes do self (p. ex. corpo, mente, espírito), entre diferentes partes do corpo (p. ex. mãos e olhos ou ouvidos), entre diferentes partes da psique (p. ex. consciente e inconsciente; pensamentos, sentimentos, imagens, memórias, atitudes, crenças) ou entre si e o outro (p. ex. outras pessoas, objetos, o universo, etc).

Somando às conexões consigo mesmo e com outros, a musicoterapia também se preocupa com a conexão do cliente com sua ecologia. Como o contexto sociocultural e o meio ambiente do cliente o influenciam? E como o cliente deve mudar sua ecologia para melhorar sua saúde? Por vezes, estas preocupações são centrais às necessidades do cliente tais quais seus relacionamentos intrapessoais e interpessoais.

A música é útil para construir tais conexões por que ela envolve e precisa de todas elas. Quando cantamos ou tocamos um instrumento, somos chamados a conectar nossos ouvidos às nossas mentes, nossos olhos às nossas mãos, nossos pensamentos aos nossos sentimentos, nossas fantasias inconscientes às nossas intenções conscientes, nossas crenças às nossas ações, nossos mundos internos ao mundo externo, nós mesmos aos outros e nós mesmos à nossa sociedade, cultura e meio ambiente. Da mesma forma, quando ouvimos música, sentimos as vibrações em diferentes partes do corpo, ouvimos como ideias e sentimentos se encaixam, experienciamos o passado com o presente e ouvimos como todos os aspectos de nosso mundo estão conectados. A música é um modelo da harmonia humana – ela fornece os mapas e rotas necessários à conexão de diferentes elementos da nossa existência e experiência.

É claro, as conexões que são inerentes à música podem também ser potencializadas ou facilitadas através de meios verbais e não-verbais. Musicoterapeutas por vezes engajam seus clientes em discussões que identificam conexões que precisam ser construídas ou exploradas na música, ou discutem com os mesmos sobre conexões que eles já experimentaram com a música. Musicoterapeutas também podem usar outras modalidades tais como movimento e desenho para criar conexões antes ou depois da experiência musical.

Oferecendo Reparação

Clientes costumam vir à terapia porque sofreram um perda, um trauma, um dano ou uma privação de algum tipo e como conseqüência ficaram com suas necessidades humanas básicas sem serem atendidas no passado ou no presente. Essas necessidades podem ser físicas, emocionais, mentais, sociais ou espirituais em natureza. Por exemplo, clientes que cresceram em um ambiente de privação podem precisar que o terapeuta forneça estimulação sensorial e um contato afetuoso; clientes que não tiveram uma parentalidade adequada podem precisar que o terapeuta sirva temporariamente como uma mãe ou pai substitutos; clientes que nunca puderam brincar quando criança podem precisar que o terapeuta lhes dê permissão e encorajamento para serem brincalhões; clientes aos quais não foram dados limites podem precisar que o terapeuta forneça a devida estrutura e contenção. As possibilidades são infinitas.

Reparação é qualquer tentativa feita pelo terapeuta visando que o cliente satisfaça necessidades

insatisfeitas, no limite do apropriado à relação terapêutica. Isso pode incluir oferecer ao cliente o que quer que lhe tenha sido privado no passado, restituindo o que (ou quem) ele perdeu, ou encontrando formas de compensá-lo por algum dano, doença ou trauma.

Embora este tipo de ajuda seja dado em muitas formas de terapia, a musicoterapia fornece a possibilidade adicional para o cliente receber reparação tanto da música como do terapeuta. Freqüentemente, é dentro da experiência musical que o cliente atende sua necessidade, como nos exemplos acima, de estimulação sensório-motora, da experiência do brincar, do contato afetuoso com outros, de estrutura e contenção ou encorajamento e esperança. A "reparação musical" pode ser oferecida ao cliente através de seu envolvimento ativo no fazer musical, ou através de experiências receptivas. Uma forma particularmente solidária de reparação musical é quando o terapeuta dá um presente musical ao cliente, seja de fato cantando ou tocando para ele ou dando ao cliente uma peça musical, uma gravação, um instrumento, etc.

Intervindo Quando Necessário

Algumas vezes clientes chegam à terapia com pensamentos, comportamentos ou emoções arraigados que ameaçam a segurança e o bem estar deles e de outros e que não são suficientemente controlados sem intervenção externa. Por exemplo, o cliente pode ter comportamentos autodestrutivos que ameaçam sua segurança ou pensamentos e emoções que causam grande aflição. Alguns clientes podem ser perigosamente agressivos e ferir aqueles à sua volta. Algumas vezes, um cliente pode estar extremamente ansioso ou sentindo grande dor física ou emocional. Alguns clientes são suicidas. Todas essas situações requerem a intervenção do terapeuta. Intervir é agir sobre alguém ou algo com o intuito de mudar a situação existente e assim alterar o curso dos eventos. Isso implica num quadro pré-existente e que algo deve ser feito para amenizá-lo ou remediálo de forma que a segurança e o bem-estar do cliente estejam garantidos.

Em musicoterapia, o terapeuta pode intervir pessoalmente (seja verbalmente ou não-verbalmente) ou musicalmente. Por exemplo, se o cliente precisa parar com determinado comportamento, o terapeuta pode intervir pessoalmente impedindo-o fisicamente de fazê-lo ou direcionandoo verbalmente para que pare; alternativamente, o terapeuta pode engajar o paciente em uma experiência musical que o impeça de se comportar desta forma ou o desmotive a continuar. Em uma situação completamente diferente, um cliente pode precisar aprender a cuidar de si mesmo, e o terapeuta pode lhe ensinar formas de se fazer isso seja verbalmente ou através da música. Em ainda outra situação, o cliente pode precisar se acalmar, fisicamente e emocionalmente, e o terapeuta pode tentar ajudar o cliente através de uma discussão verbal ou fazendo um exercício de relaxamento musical. Em situações onde a segurança física do cliente está em perigo, o terapeuta pode buscar assistência de outros profissionais evitando que seus clientes se machuquem. Em todos esses exemplos, o terapeuta ajuda induzindo a transformação desejada.

Uma nota de cautela se faz importante. A intervenção é potencialmente antiética assim como clinicamente contra-indicada. O terapeuta deve estar especialmente atento à necessidade de ser reflexivo sempre que a intervenção for sugerida.

Motivando

A ironia da terapia é que clientes podem chegar a ela sem a motivação necessária para investir no processo terapêutico ou fazer as transformações desejadas. De fato, falta de motivação pode ser às vezes a principal razão para um cliente buscar terapia.

Na musicoterapia, os clientes são motivados pela pura alegria de fazer e ouvir música. A música é uma atividade tão prazerosa e recompensadora que ela motiva tanto o cliente como o terapeuta a ir além de seus limites, a explorar novos horizontes, encontrar novos recursos, assumir novos riscos e a experimentar outras formas de ser no mundo. Além disso, a beleza transcendente da música nos leva a essas experiências limite maravilhosas que reafirmam a beleza da vida.

Dando um passo além da motivação, o terapeuta também estimula o crescimento do paciente servindo como catalisador, ajudando-o a dar o primeiro passo. Priestley (1985/2012) explica:

> *Devido à música acontecer em uma área criativa entre a realidade interna e a realidade externa, ela pode ser usada para fazer o cliente dar seu primeiro passo, efetivamente assumindo uma nova direção e quebrando as barreiras entre pensar, sentir e fazer. (p. 186-187)*

Validando e Afirmando

Clientes freqüentemente vêm à terapia porque perderam a noção de seu valor como seres humanos e como indivíduos ou porque sempre lhes faltou um senso de auto-estima. De fato, problemas de saúde podem por si mesmos colocar uma pessoa para baixo e levantar a questão se ela tem os recursos para superá-los. É claro, a própria terapia é um trabalho pesado; ela nos desafia acerca de quem somos e do que somos capazes. Não é fácil mudar a nós mesmos, nosso ambiente, ou nossas vidas. No processo desta tentativa, os clientes freqüentemente se cansam e precisam de apoio, aprovação, aceitação e encorajamento. Tais formas de validação são algumas vezes o tipo mais valioso de ajuda que um terapeuta pode oferecer a seus clientes.

Validar e afirmar vai além da identificação dos recursos pessoais de alguém; isso envolve assegurar ao cliente que seu mérito não depende de uma característica pessoal, ao contrário, ele é baseado no seu valor intrínseco como ser humano. O cliente precisa saber que ele não é definido apenas em termos das necessidades e recursos enfatizados no processo terapêutico, mas também por quem ele é, quem ele tem sido e quem ele ainda vai se tornar em todos os aspectos de sua vida.

A validação e afirmação do cliente são também indispensáveis no seu empoderamento face aos desafios da transformação terapêutica. Não basta identificar os recursos do cliente, o terapeuta deve também ajudá-lo a tomálos para si e reconhecer sua utilidade. Priestley (1985) é eloqüente na descrição desta função do terapeuta. Ela diz que o terapeuta deve empenharse continuamente a "receber e guardar os tesouros [do cliente] e devolvê-los quando necessário" (p. 185).

Em musicoterapia, a validação pode vir pelo terapeuta em um nível pessoal ou então pode vir pela música. Quando um cliente faz música e quando a música traz atenção e aprovação, a experiência é auto-validativa; o sucesso no fazer musical constrói autoconfiança e auto-estima. Quando o cliente ouve música, um tipo diferente de validação é dado. Algumas vezes a forma como o cliente se sente é validada pelo que a música expressa, quase como se ela estivesse dizendo "Sim, também é assim que eu me sinto". Algumas vezes a música é validativa porque ela oferece suporte e reafirmação emocional. Isso cria e

mantém um ambiente acolhedor no qual podemos nos sentir seguros. Por fim, seja o terapeuta ou a música a oferecer validação, esse é um dos mais preciosos tipos de ajuda que um cliente pode receber.

Cuidando do Cliente

Todas as formas acima de se ajudar o cliente são predicados do cuidado do terapeuta para com ele. Um terapeuta ajuda o cliente e monitora cuidadosamente esta ajuda porque cuida e se preocupa com ele. Cuidar é essencial para ajudar e servir ao cliente. Priestley vai além e diz: "Eu descobri que se eu não conseguir achar algo para amar no cliente, eu não posso então trabalhar com ele. A maioria dos meus colegas diz o mesmo" (p.243). Ela continua e diz que a musicoterapia é como:

> extrair ouro... encher a bateia com a areia do rio e chacoalhar até as pedras pesadas e as pepitas de ouro virem à superfície. . Quando eu vejo o brilho do ouro – e isso pode estar no rufar de um tambor, em um ritmo, uma expressão, um gesto, uma gíria – então eu sei que o caminho à frente está livre. Eu fico feliz. (p. 243)

Paradoxalmente, cuidar do cliente é ao mesmo tempo precondição para efetivação da terapia e também efeito de uma terapia bem sucedida. Tão claro como podemos ver que um terapeuta deve cuidar do cliente para realizar todas as funções acima, é igualmente aparente que uma vez que o terapeuta realize cada função, ele é obrigado a cuidar ainda mais.

Uma vez mais, o terapeuta deve estar atento para manter-se reflexivo sobre o quanto ele se preocupa com cada cliente. Preocupar-se demais ou de forma inapropriada é tão danoso quando não se preocupar. Isto nos leva a uma próxima importante função.

Proteger a Capacidade de Ajudar de Alguém

Uma parte fundamental das instruções de segurança dadas a passageiros de avião antes da decolagem é: "Em casos de despressurização, máscaras de oxigênio cairão, certifique-se de colocar uma delas antes de ajudar crianças ou outros passageiros". A lógica é bem simples: não se pode ajudar alguém enquanto se está incapacitado ou em perigo. Da mesma forma, ajudar um cliente requer ao terapeuta que este se proteja dos perigos de ser um cuidador e assim preserve sua própria capacidade de cuidar de forma segura e efetiva. Em resumo, o terapeuta deve cuidar de si mesmo.

Musicoterapeutas, como muitos outros profissionais de saúde, são suscetíveis à fadiga por compaixão e à síndrome de *burnout*. Embora diversas abordagens de tratamento já tenham sido desenvolvidas para ajudar musicoterapeutas que sofrem com essas conseqüências do trabalho clínico (BROOKS, 2013), o melhor remédio é prevenir sua ocorrência através de esforços contínuos no cuidar de si mesmo. Supervisão e consultas com outros terapeutas são duas formas excelentes para se resguardar da fadiga por compaixão ou da síndrome de *burnout*. Além disso, os musicoterapeutas têm outro poderoso recurso – a habilidade de nutrir a si mesmos musicalmente.

Não se pode ser um musicoterapeuta se a música não floresce dentro de si; por esta razão, é imperativo desenvolver e alimentar firmemente seu *self* musical. Isto pode ser feito tocando e estudando continuamente seu instrumento por diversão e aproveitando toda oportunidade de ouvir música de todos os tipos. A ênfase aqui não é no trabalho, mas no tocar: a questão é manter a alegria da música em suas vidas. É essencial fazer isso – não apenas proteger nossos clientes da exposição a um eu musical atrofiado, mas também, para nosso próprio bem, manter viva, saudável e em crescimento a parte de nós mesmos que nos trouxe para a musicoterapia. (Bruscia, 1998b, p. 117)

9

O CLIENTE

Agora que os termos “terapeuta” e “ajuda” foram definidos, maiores esclarecimentos sobre o que é o “cliente” são necessários. Quem vai a um terapeuta procurando ajuda? Quais são as condições necessárias para se tornar um “cliente”? O quê caracteriza a pessoa que está recebendo a terapia?

Questões de Nomenclatura

Para a maioria dos leigos, a necessidade de terapia geralmente significa que a pessoa tem alguma doença ou desordem de algum tipo e precisa de ajuda para lidar com isso. Por muitas razões, sofrer de alguns tipos de problemas de saúde ou precisar de determinados tipos de cuidado de outros muitas vezes carrega um estigma em nossa sociedade. Isso é particularmente real quando o problema é de natureza mental ou emocional ou quando é contagiosa ou relacionada a algum tabu.

Profissionais de saúde têm tentado contornar tal estigma criando novos nomes para aqueles que precisam de terapia. A terminologia muitas vezes reflete o setting no qual a terapia é oferecida e a orientação filosófica do tratamento. Por exemplo, “pacientes” são mais freqüentemente encontrados em hospitais ou instituições de orientação médica; “cliente” mais comumente encontrados na prática privada, clínicas e agências onde a orientação é psicossocial; “estudantes” ou “alunos” com necessidades especiais são encontrados em escolas onde a orientação é educacional; e “residentes” são encontrados em asilos ou casas de repouso onde o tratamento é orientado ao meio social. Finalmente, termos como “pessoas”, “seres humanos”, “beneficiários” e “participantes” são usados para agrupar todos os rótulos mais específicos.

Linguagem e cultura também são fatores. Por exemplo, “cliente” é um termo apropriado em culturas anglo-saxônicas, mas inapropriado em culturas hispânicas. Em algumas culturas, “consumidores” ou “usuários” são termos inapropriados devido a suas implicações comerciais.

Em levantamentos sobre definições de musicoterapia, é interessante descobrir como essas questões são encaminhadas. A maioria diz que os beneficiários da musicoterapia são adultos e crianças que têm um ou mais tipos de transtorno, deficiência, demanda ou problema. Os problemas mais citados são de natureza física, emocional, psicológica, intelectual, comportamental, motora e social, as quais certamente cobrem um amplo espectro de população e patologia. Na definição de 1998, os clientes são amplamente definidos como tendo alguma ameaça à sua saúde de algum tipo.

Muitos musicoterapeutas fazem objeção a definir o cliente nos termos de uma patologia, transtorno, déficit, questão de saúde ou anormalidade. Ver Nota 9. O motivo é duplo. Primeiro, nem todos

os clientes que vêm à terapia podem ser descritos desta maneira; muitos deles estão essencialmente bem e estão buscando crescimento pessoal ou aumento na qualidade de vida. Segundo, definir os clientes desta forma implica em uma concepção de saúde e de terapia centrada na doença (sempre focando-se na patologia do cliente ao invés de dar atenção à sua força e aos seus recursos). Estas objeções levaram a um movimento para evitar o uso de rótulos tais como paciente, cliente, ou qualquer nome que implique um problema e à oposição à idéia de usar qualquer tipo de problema como critério de definição às pessoas que vêm à terapia.

Reconhecidamente, nem todos os cliente têm problemas de saúde; entretanto, este não é o caso para a maioria das pessoas atendidas pela musicoterapia. Assim, abandonar inteiramente a noção de patologia é negar a própria finalidade e natureza da musicoterapia em muitos settings clínicos. Pode-se admitir que ser um cliente lhe dê algum estigma; entretanto, uma vez mais isso não procede para muitas pessoas em muitos contextos culturais diferentes. Assim, modificar os critérios de definição para excluir quaisquer termos estigmatizantes seria o mesmo que excluir do escopo da musicoterapia a maior parte de seu público. Em resumo, preocupações "locais" sobre terapia orientada à doença e estigmas "locais" que podem estar associados à nomenclatura não podem ser entendidos como questões "universais" da musicoterapia.

Por essas razões, a definição de 2014 manteve o termo "cliente" para os beneficiários da musicoterapia mas revisou a definição do termo para que este não necessariamente implique alguma patologia.

Escopo

Embora não esteja mencionado em muitas definições, é importante lembrar que a terapia também é oferecida a grupos de pessoas, incluindo casais, famílias, grupos e comunidades. Existe também uma crescente tendência a considerar os contextos ambientais e socioculturais como alvos beneficiários da musicoterapia.

Esta expansão na definição da clientela para a terapia é consistente com uma percepção crescente na medicina, psicologia e muitas outras profissões de saúde da importância do contexto. O cliente, o terapeuta e o próprio processo terapêutico estão inextricavelmente ligados aos diversos contextos ambientais e socioculturais nos quais o trabalho é realizado. Não podemos entender e ajudar seres humanos a melhorar suas condições de saúde sem também examinar e tratar os diferentes contextos e ambientes nos quais eles vivem. Assim, os clientes da terapia serão cada vez mais não apenas indivíduos com questões de saúde, mas sim todas essas unidades ecológicas que incidem sobre eles, e todos os grupos, comunidades e sistemas que são por sua vez afetados por alguém com um problema de saúde em seu meio.

Critério de Definição para o Cliente

Uma vez que existem muitas concepções diferentes sobre quem procura musicoterapia e como este alguém deve ser chamado, é importante que qualquer definição de musicoterapia inclua critérios para definição de seu público-alvo. Mais especificamente, as condições de saúde ou demandas que os candidatos à musicoterapia devem claramente apresentar, juntamente com as necessidades abordadas

pelo processo terapêutico.

Na definição atual, “cliente” foi escolhido como o termo para a pessoa que participa ou recebe a musicoterapia. Os critérios específicos para ser um cliente são:

1) qualquer indivíduo, grupo, comunidade ou ambiente

2) que precisa ou busca ajuda de um terapeuta

3) na forma de um serviço prestado

4) fornecido dentro de uma relação profissional

5) com o propósito de abordar questões ou metas relacionadas à saúde.

Níveis de Consciência do Cliente

É claro, nem todos os clientes buscam ajuda ativamente, apesar de suas necessidades de saúde. Alguns indivíduos não têm a capacidade mental ou física para reconhecer seus próprios problemas ou para buscar ajuda de um terapeuta que os qualifique como clientes. Tudo isso depende de sua consciência de si e de seu nível de funcionalidade. Nestes casos, os pais, os guardiões legais ou instituições clínicas podem agir em nome destes clientes na contratação dos serviços terapêuticos necessários.

Podem ser encontrados níveis muito diferentes de autoconsciência e intencionalidade entre os clientes em musicoterapia. Embora se possa afirmar que a variável principal é a severidade do quadro de saúde, este não é o único fator. Existem outras três importantes variáveis: (1) o quanto o cliente está ciente de suas próprias necessidades de saúde, (2) o quanto ele entende e aceita a necessidade de se tratar, e (3) o quanto ele entende e aceita como a musicoterapia pode ajudar.

Alguns clientes, devido à severidade de seu estado de saúde, têm nenhuma ou muito pouca consciência de seu estado e da necessidade da terapia. Estes clientes muitas vezes são aqueles que já estão recebendo tratamento em algum programa institucional, hospital ou agência; por serem incapazes de reconhecer suas próprias necessidades, foram colocados em diversas terapias por profissionais de saúde que têm a expertise necessária para sua avaliação e tratamento. Os exemplos incluem pessoas com déficit cognitivo grave, com rebaixamento de consciência, hospitalizados em unidades de terapia intensiva, crianças e casos de psicose ou demência.

A seguir há o nível de clientes que, de algum modo, possuem ciência de sua necessidade ou problema, mas negam que a terapia seja necessária para eles. Esses clientes geralmente percebem a si próprios como funcionando adequadamente, seja dentro ou fora de um programa terapêutico. Exemplos disto incluem indivíduos que estejam parcialmente afetados por problemas mentais, indivíduos com transtorno de personalidade, crianças hiperativas, idosos frágeis, etc. Outro exemplo de negação é o do cliente que não vai admitir que tem uma necessidade ou problema e, portanto, se recusará a submeter-se à terapia. Exemplos disto são pessoas com drogadicção, transtornos de personalidade e muitos outros da categoria anterior.

No nível seguinte estão os clientes cientes de sua necessidade ou problema e que têm uma compreensão limitada da natureza da terapia e de seus benefícios potenciais. Estes indivíduos normalmente tentam lidar com seus próprios problemas usando seus próprios recursos e não procuram ajuda porque se sentem envergonhados ou por que não entendem ou não acreditam em terapia. São, por

exemplo, indivíduos com depressão crônica, sérias condições médicas ouindivíduos traumatizados por morte, divórcio, abuso, e assim por diante. Também pode incluir os clientes que buscam continuamente terapias de diversos tipos ou com diferentes terapeutas e nunca vêem qualquer resultado.

No nível mais alto de consciência e entendimento estão aqueles clientes que estão cientes de suas necessidades ou problemas e têm algum entendimento sobre sua natureza e sobre como a terapia pode ajudá-los. Estes clientes sentem-se confortáveis buscando orientação ou ajuda de outros para lidar com seus problemas. Também estão incluídos neste nível aqueles clientes que não precisam tratar de um problema, mas que buscam a terapia para auto-aperfeiçoamento ou com propósitos de prevenção. Estes indivíduos estão vivendo de maneira saudável, funcional e podem trabalhar com outros pelo seu auto-aperfeiçoamento.

Os níveis de consciência e funcionalidade descritos acima determinam como os clientes acham seu caminho até a musicoterapia. Estes clientes com o entendimento necessário sobre si mesmo e sobre a natureza da terapia são suscetíveis ao “auto-encaminhamento”, isto é, a ativamente buscarem o serviço de um musicoterapeuta. Estes também são suscetíveis a aceitarem um convite de experiência a uma sessão ou *workshop* e então decidem se querem iniciar terapia em seguida. Aqueles com nível mais baixo de entendimento são normalmente encaminhados à musicoterapia por outros profissionais, ou trazidos pelos pais ou tutores ou ainda colocados em um programa de musicoterapia dentro de alguma instituição, escola, hospital ou agência.

Os Papéis do Cliente

Como conseqüência do início da terapia, clientes e terapeutas imediatamente começam a explorar seus papéis, um em relação ao outro. Naturalmente, os níveis descritos acima de consciência, aceitação e entendimento afetarão significativamente os papéis que o cliente estará apto e disposto a aceitar. Não obstante, para a terapia ter algum efeito, o cliente deve assumir ou aprender três papéis principais compatíveis com suas habilidades.

O primeiro papel esperado ao cliente é sua participação na experiência musical, na medida do que lhe for possível. Tal participação pode envolver a escuta (ativa ou passiva), ou pode envolver fazer música em qualquer nível. Tudo depende do interesse, habilidade e nível de comprometimento do cliente; entretanto, é importante que o terapeuta ajude o cliente a participar daqueles tipos de experiências musicais que são mais relevantes para suas necessidades.

O segundo papel do cliente é, na medida do possível, sua interação com o terapeuta. Isto pode incluir simplesmente estar presente durante a sessão, ocasionais contatos visuais ou ouvir música na mesma sala, mas também pode envolver formas ativas e desafiadoras de interação musical e não-musical. Mais uma vez, em última análise, é o cliente quem determina o tipo, o nível e a autenticidade da interação, mas o terapeuta deve ajudá-lo a ter as interações e relações mais relevantes para as suas necessidades.

O terceiro papel é experimentar na medida do possível formas mais saudáveis de ser, de agir e de viver. Este papel é inerente às terapias empíricas. A idéia central da musicoterapia é usar experiências musicais e a relação com o cliente para ajudá-lo a encontrar e experimentar alternativas, e assim determinar o que é melhor ou mais saudável – onde “melhor” para o cliente significa mais prazeroso, menos doloroso, mais confortável, menos difícil, mais significativo, mais completo ou mais saudável. Desnecessário dizer, os clientes variam consideravelmente nestas diferenciações, considerações e

escolhas, e o terapeuta deve estar sensível às suas capacidades.

Clientes como Coletivos e Contextos

As duas sessões anteriores, sobre os níveis de consciência e os papéis do cliente, foram escritas tendo em mente clientes individuais ou grupos; entretanto, muitas das mesmas idéias básicas podem ser aplicadas a comunidades, ambientes e outros contextos. Isto é, quando estas entidades são designadas como “clientes”, elas também podem apresentar diferentes tipos de consciência ou negação no que se refere às suas questões de saúde e necessidade de terapia. Elas também podem ter diferentes níveis de entendimento da natureza da terapia e de seus benefícios potenciais. Tudo isso deve ser considerado.

Os três papéis principais dos clientes individuais podem também ser aplicados a coletivos e contextos: deve haver a participação da música, interação com o terapeuta e uma abertura para se considerar formas alternativas de ser, agir e viver.

10

OTIMIZANDO A SAÚDE DO CLIENTE

Otimizar

“Otimizar” não é meramente “aprimorar” (mover-se de um nível ou estado numa área particular da saúde para o próximo mais alto) ou “promover” (melhorar a saúde geral). Otimizar aponta que esforços são feitos para levar o cliente ao máximo de seu potencial para ser sadio, de forma específica e geral. Assim, neste contexto, otimizar não significa um incremento à saúde, mas sim um trabalho visando maximizar os potenciais de saúde únicos do indivíduo.

O que está contido no conceito de saúde?

A definição atual afirma que o objetivo primário da musicoterapia é ajudar o cliente a otimizar sua saúde. Se por um lado isso pode parecer uma generalização simples, uma revisão das definições do Apêndice levanta muitas questões. Muitos dizem simplesmente que a musicoterapia é o uso da música com “objetivos terapêuticos”, sem especificar os resultados, e, surpreendentemente, apenas umas poucas definições mencionam “saúde”. Também é interessante notar que muitas definições colocam o resultado em outros termos, tais como bem-estar, conforto, pleno funcionamento, integração, potencial máximo e auto-realização. Um número ainda maior descreve o resultado em termos de patologia ao invés de saúde. Estas definições descrevem a musicoterapia como o tratamento ou reabilitação para enfermidades, doenças, transtornos, deficiências, problemas e necessidades. Ver Capítulo 5 para uma discussão completa dessas variações.

Uma explicação é que a musicoterapia é usada em populações tão diferentes que é impossível citar os mesmos objetivos entre os variados *settings* clínicos. Assim, musicoterapeutas trabalhando num *setting* escolar têm objetivos diferentes daqueles trabalhando num hospital, centro de reabilitação ou casa de repouso. Como resultado, eles não apenas definem a musicoterapia de forma diferente, mas também têm noções completamente diferentes da constituição da saúde de determinada clientela. Assim, como populações e *settings* variam, o mesmo acontece com os objetivos terapêuticos e suas filosofias, assim como com as definições de musicoterapia e suas concepções de saúde.

Obviamente, uma definição abrangente da musicoterapia deve levar em conta essas diferenças de perspectivas na clínica, e uma tentativa deve ser feita no sentido de reconhecer e entender as concepções filosóficas acerca da saúde subjacentes a cada uma delas.

Uma tarefa central para a musicoterapia então é definir saúde de forma a esclarecer e abarcar uma miríade de variações nas perspectivas clínicas. Para tal, várias questões fundamentais devem ser abordadas.

Um velho dicionário Webster (1974) define saúde como “a condição de estar são de corpo, mente e espírito”. Esta declaração é significativa uma vez que coloca a saúde como uma condição holística. Ela não é definida ou determinada pelo estado do corpo apenas, mas pela condição geral de todas as nossas partes. Assim, saúde é estar bem de corpo, mente e espírito. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1948) concorda com esta visão holística. Ela definiu saúde como “o completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de enfermidade”. (HTTP://www.who.int/eportuguese/publications/pt/). É interessante notar que esta definição não foi alterada pela OMS desde 1948.

É claro, alguém pode muito bem questionar se saúde inclui algo além do indivíduo. O que mais deve estar bem para que o indivíduo esteja bem? Quais outras entidades podem estar envolvidas no bem-estar do indivíduo? Ruud (1998) aponta que a saúde é um fenômeno que se estende para além do indivíduo e engloba a sociedade e a cultura. Um indivíduo não pode estar são do corpo, da mente e do espírito em uma sociedade e cultura insanas; reciprocamente, uma sociedade e cultura não podem ser saudáveis se os indivíduos nela não estão sãos de corpo, mente e espírito. Além disso, um indivíduo precisa do apoio da sociedade e da cultura para estar saudável, e a saúde de cada indivíduo tem um impacto na sociedade e na cultura. Indo ainda mais além, podemos argumentar que a saúde de qualquer indivíduo, sociedade ou cultura é integralmente conectada ao ambiente físico. Assim, a saúde engloba e depende de todo o sistema ecológico, desde o corpo, a mente e o espírito e suas interações dentro do indivíduo, até os contextos ampliados de suas relações com a sociedade, a cultura e o meio ambiente.

A Saúde é uma Dicotomia ou um Continuum?

A próxima questão de importância é saber se a saúde é uma condição dicotômica (ou se está bem ou mal, saudável ou doente) ou um continuum graduado partindo do insalubre ao saudável, sem fronteiras definitivas entre as duas polaridades. Esta questão certamente gera implicações para como definimos “cliente”.

Antonovsky (1987), um sociólogo da medicina e pioneiro em estudos de saúde, diferenciou duas orientações que podem ser tomadas na resposta a essa pergunta, a patogênica e a salutogênica. Esta diferenciação tem sido historicamente significante.

Orientação Patogênica

Na orientação patogênica, saúde é um estado de bem-estar ou homeostase que continuamente tentamos manter, mas que continuamente é interrompido por enfermidades, ferimentos, doenças e assim por diante. Nesta orientação, a saúde é um fenômeno dicotômico, do tipo sim ou não: Ou nós estamos sadios e mantendo com sucesso um estado de homeostase, ou estamos doentes porque este estado foi interrompido ou perdido pela intrusão de uma patologia. Assim, a saúde é considerada como o estado de ser comum ou normal (mesmo que algo idealizada ou ilusória), caracterizada pela ausência de patologia, enquanto a doença é um estado anormal, incomum e indesejável, caracterizada pela presença de uma patologia.

Existem muitos tipos diferentes de patologia que podem ser destrutivos para a saúde, e quando eles são definidos e comparados, nós podemos aprender muito sobre como a saúde é constituída. A lista a seguir inclui alguns dos termos mais comumente usados na orientação patogênica.

Obviamente, existem muitas sobreposições e limites entre estes termos; entretanto, dentro da orientação patogênica, fazer tais distinções pode ser muito útil para investigar as diferentes camadas do problema de saúde ou da condição patológica do cliente. Por exemplo, a paralisia cerebral é uma “síndrome” de “desordens” motoras (p. ex., espasticidade, ataxia, etc), as quais são o resultado de um “trauma” no cérebro ao nascimento. As desordens resultam em variados tipos de “incapacidades” (p. ex., fala, marcha) e “dificuldades” (incapacidade de dirigir um carro), as quais, por sua vez, provocam muitos “problemas na vida” (p. ex., isolamento, depressão).

Tabela 10-1: Terminologia Patogênica

Anormalidade: quaisquer irregularidades estruturais ou funcionais, ou quaisquer desvios das expectativas normais ou recomendações (p. ex., microcefalia, sociopatia).

Déficit: a falta de algo necessário ou essencial para a completude estrutural ou adequação funcional (p. ex., a ausência ou perda de um pulmão ou outra parte do corpo).

Incapacidade: qualquer perda de capacidade de executar ações específicas, resultado de qualquer uma das anteriores. Como tal, uma incapacidade é um resultado de outras ameaças à saúde. Este termo é comumente usado indistintamente com dano ou dificuldade.

Doença: A perda da saúde devido a um colapso, interrupção, mau funcionamento ou deterioração das estruturas ou processos orgânicos; qualquer enfermidade, indisposição ou moléstia (p. ex., câncer, doença de Alzheimer, esclerose múltipla, etc).

Transtorno: qualquer perda, interrupção ou perturbação do funcionamento humano normal (p. ex., afasia, paralisia, cegueira, alergia, distúrbio imunológico, distúrbio do sono). Algumas vezes o termo “transtorno” é usado indistintamente com “síndrome” (como no DSM), mas, por uma questão de clareza, síndrome é definida aqui como um grupo de transtornos. Assim, todos os clientes dentro de determinada população têm a mesma síndrome, mas cada cliente pode ter diferentes transtornos relacionados a essa síndrome.

Excepcionalidade: um termo amplo para qualquer exceção à regra, norma ou padrão, incluindo todos os extremos (p. ex., QI excepcionalmente alto ou baixo, talentos especiais, ser extremamente alto ou baixo, etc).

Problemas de Atividades de vida diária[5]: qualquer restrição à total performance ou experiência de determinada atividade; qualquer limitação do potencial de executar determinada ação de forma completa. Isto inclui atividades comuns como dirigir um carro, praticar esportes, viver sozinho, etc.

Problemas de Atividades de vida prática: qualquer dificuldade na vida cotidiana que derive de qualquer tópico acima (p. ex., problemas no trabalho, em relacionamentos, nas finanças, etc).

Síndrome: qualquer problema de saúde definido por um grupo de sintomas e/ou etiologias em particular (p. ex., paralisia cerebral, esquizofrenia). Síndromes comumente definem uma clientela em particular.

Trauma: qualquer injúria ou dano trazido por um evento ou condição ambiental (p. ex., intercorrências no parto, ferir-se num acidente, sofrer abuso, testemunhar algum evento doloroso, envolver-se em desastre ou guerra).

Dar outro exemplo mostra que toda condição clínica tem uma configuração completamente diferente. Depressão conseqüente de um “trauma” é um “problema de vida prática”, depressão conseqüente de um desequilíbrio químico no cérebro é um “transtorno”. A incapacidade de falar é uma “incapacidade” na paralisia cerebral porque é o resultado de um “transtorno” motor, mas, em outras condições, problemas na fala são “transtornos”.

Enquanto aqueles que adotam a orientação patogênica estão bastante preocupados com o diagnóstico e a classificação da patologia do cliente, eles também podem adotar duas posições distintas: uma que foca na saúde e outra que foca na doença. Antonovsky (1987) explica: “Aqueles que adotam a posição anterior [i.e., a ênfase na saúde] alocam sua atenção e recursos no intuito de manter as pessoas saudáveis, impedindo que fiquem doentes. Aqueles que tomam a segunda postura [i.e., a ênfase na doença] focam no tratamento dos que estão doentes, buscando evitar a morte e a cronificação e restaurar a saúde se possível” (p. 3). Esta distinção é importante porque aponta que o interesse em prevenção e manutenção da saúde pode ainda advir de uma orientação patogênica em vez de uma orientação salutogênica.

Orientação Salutogênica

Na orientação salutogênica, a saúde de uma pessoa pode ser descrita sobre um continuum, dependendo de quão bem ela está resistindo, combatendo ou enfrentando as ameaças contínuas à saúde descritas acima, ou o que Antonovsky chama de estressores da vida de todos os tipos, variando do microbiológico ao sociocultural. Nesta orientação, a saúde é um estado de heteroestase mais do que homeostase, isto é, a saúde existe na presença de (e apesar de) contínuas ameaças ou estressores. Assim, saúde não é um estado homeostático normal que temos de manter continuamente ficando livre de doenças; mais que isso, é um processo contínuo de construção de “recursos genéricos de resistência” contra as ameaças normais à saúde. Na orientação salutogênica, a doença não é uma ocorrência anormal, muito menos algo incomum; além disso, os estressores da vida não são necessariamente causas de doenças, mas podem, ao contrário, ser a própria fonte da saúde. A razão é que esses estressores nos permitem construir as resistências que precisamos para partir do extremo de doença do continuum até o extremo da saúde.

Antonovsky é claro ao afirmar as duas suposições fundamentais da orientação salutogênica: a primeira é que heteroestase e desordem são “as características prototípicas de um organismo vivo” (p.2); a segunda é que “doença, não importa como se defina, está muito longe de ser uma ocorrência incomum” (p.2).

É importante apontar que, não obstante os nomes dados a essas duas orientações, a principal diferença não é que a patogênica foca exclusivamente na doença e a salutogênica exclusivamente na saúde. Este não é o caso aqui. Antes, existem duas outras distinções importantes. Em primeiro lugar, na patogênica, a saúde é considerada comum, e a doença é considerada “incomum”; na salutogênica, saúde e doença são ambas consideradas comuns. Em segundo lugar, na orientação patogênica, saúde é um estado de sim ou não, enquanto na salutogênica ela é um processo contínuo de gerenciamento do que não é saudável.

Saúde é algo Objetivo ou Subjetivo?

Relacionada à questão dicotômica é a pergunta se a saúde é melhor abordada objetivamente ou subjetivamente. Isto é, avaliamos saúde através de observações e medidas objetivas ou através de meios subjetivos? Pode alguém ser considerado saudável se pudermos fornecer algum tipo de prova de seu bom estado de saúde (ou não-doença), ou esta pessoa deve também sentir-se saudável? Então, a perspectiva objetiva versus subjetiva da saúde está relacionada se a saúde é um estado dicotômico, um continuum ou uma experiência. Obviamente, fica mais fácil de medi-la sendo um estado ou um continuum do que como uma experiência. Como uma experiência, ela é um "fenômeno individual e pessoal, e o caminho para a saúde é visto diferentemente de pessoa para pessoa" (RUUD, 2010, p. 103).

Ruud (2010) advoga por um conceito de saúde experiencial, subjetivo, enraizado na visão cultural de cada um.

> No lugar de procurarmos por uma definição objetiva de saúde, nós vemos como a saúde pode ser vista como uma categoria da experiência, a qual revela algumas suposições não ditas sobre a realidade humana e social. Quando falamos sobre saúde, damos expressão à visão de nossa cultura sobre o que é entendido como bem estar e qualidade de vida. Saúde é neste sentido uma palavra-chave, um conceito produtivo ou generativo e um valor que é adicionado a outros valores importantes para nós. (p. 104)

Saúde Como Modo de Ser

A noção de Antonovsky sobre saúde como processo nos ajuda a entender que ela é mais do que algo que podemos ter ou não, dependendo da presença ou ausência de doença; ela é o que fazemos com o que quer que tenhamos ou não. Mas mesmo essa noção deve ir um passo além. O que "fazemos" a respeito de nossa saúde é parte de quem nós somos enquanto indivíduos. Assim, a saúde é um modo de ser, mais do que um estado ou um processo. De maneira interessante, a definição do Webster sugere a mesma ideia: ela descreve a saúde como a condição de se estar bem, no lugar da solidez da mente, corpo e espírito. Isto implica que a saúde é mais do que um atributo que uma estrutura particular do indivíduo pode ter ou não ter; ela é um processo ativo que o indivíduo empreende através dessas estruturas, e, mais ainda, é a forma de ser do indivíduo com essas estruturas, seja qual for o estado em que elas estejam na hora. Assim, a saúde não é algo para se ter; ela é algo que fazemos, e, mais além, ela é quem nós somos. O mesmo pode ser dito da doença.

Conceber a saúde como uma forma de ser tem duas importantes implicações. Primeiro, saúde e doença não são definidas para nós de acordo com determinações objetivas acerca de possuirmos ou não uma enfermidade; ao contrário, definimos onde estamos no continuum saúde/doença em sua emergência constante. Saúde é uma escolha que fazemos ativamente, não uma condição que acontece para nós. Por fim, como escolha, a saúde depende de como experimentamos o lugar em que estamos no continuum. É mais do que um atributo nos possuindo como objetos; é antes como experimentamos subjetivamente a nós mesmos enquanto pessoas. Não reside em nossas estruturas, nem é meramente refletida em nossas ações. A saúde é mais do que uma condição objetiva: ela é intrinsecamente subjetiva, e depende fortemente de como nós definimos e experimentamos a nós mesmos e ao nosso mundo. Em resumo, a saúde é quem nós somos enquanto experimentamos a nós mesmo e formamos essas experiências. Ela é, como Ruud (1998) colocou, toda nossa "qualidade de vida" ou o que pode ser mais acuradamente chamado de toda nossa qualidade de viver.

Aldridge (1996) já publicou muitas dessas ideias em relação à musicoterapia e vai além ao descrever saúde como uma identidade pessoal que criamos através do estilo de vida que escolhemos. Ele diz:

> Nos tempos modernos, saúde não é mais o estado de não estar doente. Indivíduos estão escolhendo tornarem-se saudáveis e, em alguns casos, declaram-se como buscando a atividade de estar bem. Esta mudança, da atribuição do status de "estar doente" ao comprometimento na atividade de "estar bem", é o reflexo de uma tendência moderna pela qual indivíduos estão tomando a definição de si mesmos nas próprias mãos mais do que aceitando a identidade imposta pelo outro. (...) Enquanto o envolvimento pessoal ativo sempre esteve presente na manutenção e prevenção dos cuidados de saúde (...) um novo desenvolvimento parece afirmar que "ser saudável", ser uma pessoa "criativa", ser uma pessoa "musical" e ser uma pessoal "espiritualizada" são fatores significantes na composição de "estilo de vida" de um indivíduo. Mais do que estratégias de cuidado pessoal da saúde em resposta a doenças, vemos uma montagem de atividades como práticas dietéticas, físicas, estéticas, psicológicas e espirituais criadas para promover saúde e prevenir doenças. Estas atividades são incorporadas sob a rubrica do "estilo de vida" (...). (p. 20)

Abrams (2012) faz distinção entre adotar uma perspectiva científica ou humanista na definição de saúde. Numa perspectiva científica, a saúde é aplicável aos seres humanos, mas não unicamente natural ou limitada a eles. Ao invés disso:

> Saúde consiste em variáveis fisiológicas, comportamentais e psicossociais, com valores intrínsecos baseados nos padrões gerais de saúde lado a lado com dimensões particulares de funcinoamento. (...) A promoção à saúde está preocupada com qual ser vivo (incluindo humanos) e com a questão de quão bem "*isso*" funciona (a operação de mecanismos causais) na promoção de saúde, com a manifestação de "evidências" a partir de um paradigma (baseado numa realidade única e central discernida objetivamente) *positivista* (ou *pós-positivista*). (p. 1)

Em contraste, numa perspectiva humanista:

> A saúde consiste em *formas únicas de ser humano*, com valores baseados não em padrões gerais, mas sim em contextos pessoais e interpessoais da pessoa ou pessoas em questão. Estas formas de ser são significativas apenas dentro de um quadro de *pessoas* unicamente original. (p. 1)

Ele conclui esta comparação optando pela perspectiva humanista e definindo saúde como "formas saudáveis de *ser-em-relação*" e a terapia humana como qualquer prática que promova estas formas de ser-em-relação (p.59).

A Saúde Definida

Até aqui alcançamos algumas conclusões fundamentais sobre a saúde. A primeira é que ela é holística, indo além do corpo e incluindo a mente e o espírito e indo além do individual incluindo a sociedade, cultura e ambiente. A segunda é que a saúde existe ao longo de um continuum multidimensional em constante mudança, variando da doença à saúde; ela não é um ideal, um estado dicotômico de homeostase que diferencia mal-estar e bem-estar. Não estamos com ou sem saúde; estamos relacionados com saúde e doença em muitos níveis diferentes e de muitas formas diferentes. A terceira é que saúde não é algo que se possui; ela é um processo ativo e nossa própria forma de ser no processo. Quarta, a saúde não é um fenômeno objetivo ou subjetivo, mas sim ambos. Finalmente, saúde não é o quão bem estamos funcionando mecanicistamente; ao contrário, é uma forma de ser-em-relação.

Com estas conclusões colocadas, podemos agora mudar para uma definição ainda mais ampla, de maior alcance – uma que é breve, apesar de requerer uma considerável elaboração de cada um de seus componentes.

Saúde é o processo de vir a ser do potencial completo da plenitude individual e ecológica.

Processo de Vir a Ser

Saúde é desenvolvimento e evolução; é um processo de mudar da forma atual de ser para formas cada vez mais ricas e completas. Não é um estado de ser do passado ou presente; é um emergir ativo e intencional no futuro – um esforço contínuo de vir a ser quem podemos ser.

Wilber (1995) descreveu este processo de tornar-se saudável nos termos de quatro operações contínuas: (1) preservar aspectos positivos de nossa saúde, incluindo nossos próprios recursos; (2) adaptar-se beneficamente a nossas condições de saúde, ambiente e contextos; (3) livrar-se de aspectos negativos de nossa saúde; e (4) transcender nossa condição, ambiente e contexto o máximo possível.

Estas forças trabalham em contínua tensão, através de forças opostas que o indivíduo deve buscar balancear. Na preservação, a força é em direção a si mesmo e para longe do outro; na adaptação, a força é em direção ao outro e para longe de si mesmo; na dissolução, a força é no sentido de abandonar nossos eus[6] anteriores; e na transcendência, a força é no sentido de criar novos eus.

Potencial Completo

Um potencial é qualquer alternativa ou possibilidade que exista, que seja desejável ou preferível no que diz respeito ao desenvolvimento e à evolução. É o próximo degrau em qualquer uma das muitas escadas do crescimento – do corpo, mente, espírito, indivíduo, sociedade, cultura ou ambiente (ou para qualquer outra entidade que definamos como componentes de nosso universo da saúde).

Seres humanos têm três camadas de potencial: universal, coletiva e individual. A camada universal é o potencial que os humanos têm como espécie; é amplamente desconhecida, ainda que frequentemente seja usada para definir limites ou normas para o que é possível no que concerne à saúde.

Sem dúvida, as possibilidades da saúde para a espécie são maiores do que vislumbramos até agora.

A camada coletiva é o potencial formado quando indivíduos se unem em grupos de tamanhos variados, da família à comunidade, à sociedade e à nação. Esta camada de potencial está constantemente sendo explorada, mas permanece desconhecida em sua maior parte. As possibilidades de saúde nesta camada são quase ilimitadas, já que dependem dos potenciais combinados dos indivíduos que compõem o grupo.

A camada individual é o potencial único que cada pessoa tem baseado nas circunstâncias, nos variados contextos em que as pessoas vivem, e em seu nível de desenvolvimento. Dois indivíduos não têm as mesmas alternativas ou possibilidades de saúde; consequentemente, nesta camada, saúde deve ser concebida como relativa ao invés de universal, individual ao invés de coletiva e idiossincrática ao invés de normativa. Assim, a saúde individual não é definida como ter mais ou menos potenciais se comparada com outros indivíduos ou com as normas esperadas de grupo ou espécie. Ao contrário, saúde é a medida em que cada indivíduo alcança seu potencial único qualquer que seja o estado de desenvolvimento em que se encontre. Isso significa que uma pessoa com câncer pode ser mais saudável que uma pessoa sem câncer, e uma pessoa com esquizofrenia pode ser mais saudável que uma pessoal experienciando uma crise espiritual. O que define saúde, então, não é a severidade do desafio (se é que isso pode ser determinado), mas sim a forma que uma pessoa usa seus potenciais de desenvolvimento no momento de enfrentar esse desafio.

Plenitude Individual e Ecológica

Plenitude é um ideal de perfeição que não pode ser alcançado nunca, mas que, entretanto, está sempre presente. É a meta fundamental de todo crescimento do desenvolvimento e da evolução. Cada vez que conectamos uma parte de nós (p. ex. mental) a outra (p. ex. emocional), estamos criando uma nova plenitude, e cada vez que conectamos uma parte de nós (p. ex. mental) a outro conjunto (p. ex. autoconsciência), estamos expandindo nossa plenitude. Cada parte ou entidade contribui criando um conjunto, o qual contribui tornando-se parte de um conjunto maior, o qual se torna parte de conjuntos cada vez maiores, *ad infinitum*. Wilber (1995) chama estas camadas ou componentes da realidade de “hólons” e descreve suas constelações como “holarquias”.

A plenitude pode ser vista como individual e ecológica. A plenitude individual é composta de todas as variadas partes/conjuntos (ou hólons) que formam a pessoa, não importando a forma como são definidas ou diferenciadas. A plenitude ecológica é composta por todas as partes/conjuntos (ou hólons) que formam os contextos nos quais as pessoas vivem (p. ex., sociedade, cultura e meio ambiente).

Quando descrita em palavras, a plenitude pode parecer muito abstrata e sublime. Uma forma mais fácil de entendê-la é reconhecê-la onde ela já está em processo de vir a ser. Por exemplo, o desenho do corpo humano é baseado no ideal de plenitude. Quando o corpo está “pleno”, cada parte tem uma função e a exerce efetivamente, e cada parte interage com outras partes para exercer funções maiores, as quais interagem com funções ainda maiores e assim por diante. O próprio universo, na maneira como tudo se encaixa e trabalha em conjunto, pode ser visto como um esforço contínuo por plenitude.

Implicações

Todas essas noções sobre saúde têm grandes implicações para a musicoterapia. Mais especificamente, a orientação patogênica nos ajuda a reconhecer aquelas partes do indivíduo que ameaçam a saúde, ao passo que a orientação salutogênica nos ajuda a entender que estas ameaças a saúde devem ser contextualizadas nos termos daqueles ativos dos indivíduos que podem ser usados para resistir ou combater essas ameaças. Em outras palavras, não podemos olhar apenas para os problemas e patologias do cliente, e não podemos olhar apenas para as qualidades e os recursos do cliente; temos que concebê-los como um todo – em conjunto.

A idéia de saúde como plenitude nos ajuda a reconhecer que as ameaças à saúde e os recursos do indivíduo estão relacionados às ameaças à saúde e os recursos nos contextos ecológicos em que o indivíduo vive. Em outras palavras, não podemos nos ater apenas à saúde do cliente isoladamente; devemos ver as conexões inevitáveis entre a saúde do cliente e de sua família, da comunidade, da sociedade, da cultura e do meio ambiente.

A saúde não é apenas algo que nós "temos", mas também algo que "fazemos" e algo que "somos". No limite, é uma forma de ser. Mais além, não é uma forma isolada de ser; mas sim uma forma dentro de muitos contextos nos quais vivemos. Assim, a saúde é um fenômeno relacional.

A distinção entre as definições objetivas e subjetivas de saúde nos ajuda a reconhecer que ela é mais do que um estado físico ou comportamental ou uma condição do ser; ela também inclui como experimentamos este estado ou condição. Assim, como terapeutas, quando tentamos solucionar as demandas de saúde do cliente, temos de desenvolver metas para abordar a demanda, objetivamente e subjetivamente – isto é, fomentando transformações interiores e exteriores.

Juntando esses conceitos de saúde com os passos de Wilber dados acima para tornar-se saudável, as metas da musicoterapia podem agora ser ditas de forma compreensiva:

Transformações Exteriores

- preservar, desenvolver, e utilizar completamente os ativos físicos e comportamentais do cliente e de sua ecologia para otimizar sua saúde;
- diminuir ou eliminar problemas físicos ou comportamentais do cliente e/ou de sua ecologia que drenam sua saúde;
- encontrar formas para o cliente ou sua ecologia se adaptarem beneficamente a comprometimentos à sua saúde;
- superar problemas físicos ou comportamentais do cliente e/ou de sua ecologia que drenam sua saúde; e
- ajudar o cliente e sua ecologia a transcender as ameaças à sua saúde de natureza física ou comportamental.

Transformações Interiores

- preservar, desenvolver e utilizar completamente as percepções e experiências do cliente e de sua ecologia que otimizem sua saúde;

- diminuir ou eliminar percepções e experiências do cliente e de sua ecologia que drenam sua saúde;
- encontrar formas para o cliente ou sua ecologia adaptarem beneficamente suas percepções e experiências às ameaças à sua saúde;
- superar percepções e experiências do cliente e de sua ecologia que drenam sua saúde;
- ajudar o cliente e sua ecologia a transcender ameaças à saúde de natureza perceptiva ou empírica.

Quando esta tabela é considerada realisticamente, fica claro que nenhum terapeuta ou cliente pode alcançar essas metas. O planejamento do tratamento deve ser relevante às demandas de saúde *específicas* do cliente – e não *todas* as demandas – e as metas devem ser adotadas baseadas nos *reais limites e circunstâncias* da terapia – não aos limites e circunstâncias *ideais*. Na maioria das circunstâncias, é irreal e ineficaz adotar e perseguir todas essas metas. Ver Nota 6B sobre as Falácias do Holismo.

11

USANDO AS DIFERENTES FACETAS DA EXPERIÊNCIA MUSICAL

A frase “usando as diferentes facetas das experiências musicais” é carregada de questões e complicações que precisam ser examinadas antes que possamos alcançar um entendimento sobre como essas experiências são usadas terapeuticamente. O primeiro desafio é formular uma definição de música que seja consistente com as premissas e práticas básicas da musicoterapia; o segundo é definir e diferenciar a miríade de níveis e tipos de experiências musicais usados com propósitos terapêuticos; por fim, as diferentes facetas da experiência musical devem ser examinadas em detalhes.

O presente capítulo foca na definição de música. Começaremos pesquisando as definições existentes de música, e então examinaremos como os musicoterapeutas conceitualizam música, como indicado em suas definições de musicoterapia. Iremos, então, identificar estes fatores, operando dentro de um contexto clínico que formam estas concepções. Por fim, uma definição de música será oferecida para consideração dentro do contexto da musicoterapia.

Por que é importante para os musicoterapeutas lidarem com esta matéria? Porque a maneira como definimos música tem um profundo impacto em como conceitualizamos musicoterapia. Se o que dá à musicoterapia sua singularidade é sua confiança na música, então precisamos ter um entendimento claro do que seja ou não a música. Do contrário, não seremos capazes de definir o que é musicoterapia, e o que não é. Sem fronteiras claras para a musicoterapia, seremos incapazes de especificar o que musicoterapeutas fazem que outros terapeutas não fazem, e quais competências eles têm que outros terapeutas não têm!

As Variadas Definições de Música

Filósofos, físicos, psicólogos e músicos batalharam por séculos com a elusividade da definição de música, cada um tomando uma perspectiva bem diferente sobre o que é isso. Questões fundamentais foram debatidas. Qual á a diferença entre música e ruído? A música existe apenas como som, ou pode existir no silêncio? A música existe no trabalho em si ou na experiência do trabalho? A música é uma coisa ou uma atividade? A música é uma forma de comunicação como linguagem, e se for, quem está comunicando o que e para quem? A música é o desdobramento do movimento através do tempo? Ou é a organização do som através do tempo? A definição da música é necessariamente uma construção social, isto é, dependente de como as pessoas de determinada cultura a definem em sua própria linguagem?

Aqui estão algumas definições que foram selecionadas para demonstrarem diferentes concepções de música que foram promulgadas. Elas foram incluídas aqui para fornecer uma fundação para a

definição de música dada no fim do capítulo. Música é:

- "a ciência ou arte de ordenar tonalidades ou sons em sucessão, em combinação e com relações temporais para produzir uma composição que tenha unidade e continuidade" (*Merriam-Webster's Collegiate Dictionary*, edição *online*).
- "som organizado" (Varese & Chou, 1966, p.11).
- "tudo que alguém escuta com a intenção de ouvir música" (Berio, Dalmonte & Varga, 1985, p.19).
- "um arranjo ordenado de sons e silêncios cujo significado é presentativo ao invés de denotativo (...), é a realização da possibilidade de qualquer som de apresentar a qualquer ser humano um significado que ele experimente com seu corpo – ou seja, com sua mente, seus sentimentos, seus sentidos, sua vontade e seu metabolismo" (Clifton, 1983, p.1).
- uma "certa relação recíproca estabelecida entre uma pessoa, seu comportamento e um objeto sonoro" (Clifton, 1983, p.10).
- "não é um fato ou uma coisa do mundo, mas um significado constituído por seres humanos" (Clifton, 1983, p.5).
- "não é uma coisa em si mas uma atividade, algo que pessoas fazem" (Small, 1998, p.2).
- "a música é tomar parte em qualquer papel na performance musical, seja tocando, ouvindo, ensaiando ou praticando, fornecendo material para performance (o que é chamado de composição) ou dançando" (Small, 1998, p.9).
- "o que quer que as pessoas escolham reconhecer como tal" (Nattiez, 1990, pp. 47-48).
- um fenômeno "dado a nós com o único propósito de estabelecer uma ordem às coisas, incluindo, e particularmente, a coordenação entre o homem e o tempo" (Stravinski, 1962, p. 54).
- "uma tétrade de dimensões complementares envolvendo (1) um executor [músicos], (2) algum tipo de execução [musicando], (3) algo executado [música], e (4) o contexto completo no qual executantes fazem o que eles fazem. Musicar inclui "todas as cinco formas de fazer musical: performance, improviso, composição, arranjo e regência" (Elliott, 1995, p. 40).

Como os Musicoterapeutas Conceitualizam Música

Os musicoterapeutas usam um amplo espectro de experiências musicais no trabalho com clientes e, ao fazê-lo, entendem as fronteiras da música de forma bastante expansiva. Enquanto muitas definições deixam a questão aberta à interpretação citando "música" como o agente primário da terapia, outras definições usam expressões mais detalhadas, tais como atividades musicais, experiências musicais, os elementos ou propriedades da música, e assim por diante. Ver o Capítulo 3 para uma listagem completa.

Muitas definições estipulam que a musicoterapia também conta com componentes interpessoais, tais como o terapeuta, suas habilidades e as variadas relações formadas na música. Algumas definições vão além do confinamento tradicional da música como forma de arte e empregam sons, vibrações e formas de energia como partes do processo terapêutico.

O que pode ser concluído de todas essas diversas conceitualizações de música dentro da prática clínica? Simplesmente que se a miríade de potenciais terapêuticos da música deve ser explorada ao

máximo, devemos ir além das definições e fronteiras tradicionais da música estabelecidas dentro de outros campos. Isto nos leva a nossa próxima grande questão: Quais fatores no contexto clínico são mais importantes de se considerar ao conceitualizar a música?

Fatores para a Definição de Música Dentro do Contexto Clínico

O desafio para os musicoterapeutas é que as definições existentes de música por aqueles que estão fora do campo não captam como a música é efetivamente concebida e praticada no setting terapêutico. Existem muitos fatores operando dentro de um contexto clínico que determinam como a música é usada e consequentemente o que os musicoterapeutas acreditam que deveria ser incluído dentro das fronteiras da "experiência musical". Estes fatores formam uma perspectiva imparcial, a prioridade da terapia versus a prioridade da música, e como a música envolve uma pessoa, um processo e um produto de algum tipo.

A Perspectiva Imparcial

Não obstante a ampla gama de experiências musicais utilizadas, os candidatos à musicoterapia não estão limitados àqueles clientes que têm extensos antecedentes musicais, e a participação na musicoterapia não requer que os clientes tenham habilidades ou perícias especiais em música. De fato, os clientes em sua maioria são leigos em música, e algumas vezes têm problemas que podem interferir com sua habilidade para fazer ou experimentar a música completamente.

Devido a isto, suas investidas musicais nem sempre se comparam àquelas de músicos treinados. Algumas vezes os clientes não são capazes de tocar ou cantar com proficiência técnica; algumas vezes falta em sua música controle rítmico ou tonal; algumas vezes eles não cantam ou tocam as notas certas; algumas vezes os clientes se engajam num processo exploratório, lúdico mais do que num processo artístico ou criativo e, algumas vezes, os resultados são mais sons do que música. Em muitos casos, falta aos clientes o treinamento e a perícia necessária para fazer sua música soar como eles gostariam ou como músicos treinados gostariam que soasse.

À parte as questões de habilidade, os clientes também vêm à terapia com suas próprias preferências e gostos musicais e nem sempre estão interessados em ouvir ou tocar a música que o terapeuta selecionou por suas qualidades terapêuticas ou estéticas. Também têm vezes em que os clientes não estão emocionalmente preparados para experimentar a música ao máximo, pois isso lhes exigiria aproximar-se perto demais de seus problemas. Algumas vezes, mesmo a melhor das músicas apresenta um mundo de experiências com as quais o cliente não pode lidar – fisicamente, emocionalmente ou mentalmente.

Por todas essas razões, as habilidades musicais e preferências dos clientes devem sempre ser aceitas de forma imparcial. Enquanto empenhamse em ajudar cada cliente a alcançar seus potenciais musicais, musicoterapeutas também se empenham em aceitar seus esforços musicais qualquer que seja o nível em que são apresentados, sejam eles formas sonoras ou música e independente de seus méritos artísticos ou estéticos, reconhecendo que, enquanto o processo terapêutico acontece, a música do cliente tornar-se-á mais completamente desenvolvida. Essencialmente, isso significa que, em uma situação terapêutica, as necessidades do cliente, a relação cliente-terapeuta e as metas da terapia tomam precedência sobre padrões estéticos ou artísticos impostos de fora. Além disso, em um contexto clínico,

a música deve ser selecionada ou criada antes por sua relevância, utilidade e apelo clínico para o cliente, e só então de acordo com valores artísticos mais tradicionais.

Isso não é dizer que a qualidade da música experimentada em terapia não é importante; isso é da mais alta preocupação, mesmo quando a prioridade é dada a interesses terapêuticos. Quando a terapia envolve ouvir música, é fundamental considerar se esta tem as qualidades estéticas necessárias para motivar o cliente a engajar-se no processo terapêutico, tanto quanto se ela tem as qualidades físicas e psicológicas necessárias para induzir transformações positivas. Pelo fato de que cada peça de música apresenta e envolve as pessoas num mundo de experiências físicas, emocionais, metais e espirituais, deve haver uma atenção notável para os tipos de mundos que o terapeuta quer apresentar ao cliente.

Quando a terapia envolve o cliente no fazer musical, é muitas vezes na qualidade e beleza da música que o crescimento terapêutico do cliente pode ser ouvido. Imagine por um momento como um grupo de crianças hiperativas soaria se elas estivessem se apresentando num coral de sinos. Enquanto elas estiverem atuando (*acting out*), a música soará dissociada e desarmônica, ao passo que se elas controlam seus impulsos, prestam atenção e cooperam umas com as outras, a música ganha fluência e estabilidade. Cada nota será ouvida em seu lugar; todas as notas terão valor frente as outras. Sua música terá todas as qualidades positivas desejadas. De forma análoga, qualquer um que tenha testemunhado o triunfo musical de um cliente que tenha superado múltiplas incapacidades para tocar uma única linha melódica dificilmente poderá dizer que a música resultante não foi bela. A beleza da música está para além de sua superfície e estrutura; ela também emana da alma, e quando um cliente é capaz de achar sua alma na música, ou de fazê-la cantar, a música é bela – independente se a batida está firme e se as notas estão no ritmo perfeito. Como discutiremos abaixo, a música é mais que um produto; sua qualidade reside em muito mais além disso.

O ponto principal disso tudo é que o musicoterapeuta deve adaptar e aceitar as investidas musicais, as composições e as preferências do cliente sem julgamento, pois isso é a base do respeito, esta apreciação positiva incondicional, para que uma conexão (*rapport*) possa ser estabelecida e a relação terapêutica possa ser construída. Ao mesmo tempo, durante o curso da terapia, o terapeuta trabalhará continuamente para desenvolver o potencial musical do cliente, reconhecendo que é neste processo de expansão musical que a terapia acontece. A cada passo terapêutico que o cliente dá, sua música chegará mais perto da realização de seus potenciais.

A aceitação imparcial não significa que o cliente não tenha potenciais musicais maiores, ainda que não alcançados, e que estes potenciais não devam ser trabalhados posteriormente na terapia. A apreciação positiva incondicional significa que o terapeuta aceita o cliente no ponto em que ele esteja, ao mesmo tempo em que o ajuda a avançar para alcançar seu potencial terapêutico e musical completo.

Prioridades da Terapia

Em musicoterapia, a prioridade principal é abordar as necessidades e problemas do cliente através da música; não é a produção de um trabalho artístico que terá significância e relevância fora do contexto terapêutico, e nem a promoção ou perpetuação da música como uma forma artística por si só. Isto *não* significa que quando cliente e terapeuta fazem ou escutam música eles não se importam com sua beleza; nem que eles não estejam interessados na música por ela mesma; e nem que a música criada ou ouvida em musicoterapia caracteristicamente não tenha valor estético. Muitas vezes, a música da terapia tem qualidade artística e mérito estético excepcionais quando julgadas não apenas de acordo com os padrões convencionais de músicos e críticos profissionais, mas também baseado no critério artístico ampliado

adotado na musicoterapia. Qualquer um que tenha ouvido a musicalidade requintada de Paul Nordoff dificilmente poderá afirmar que musicoterapeutas não se preocupam com a qualidade da música. Seus improvisos são por si só trabalhos de arte, e seus sucessos clínicos foram os primeiros a demonstrar um princípio básico na musicoterapia: quanto melhor a música, melhor a resposta do cliente, e mais efetiva clinicamente a musicoterapia será. Analogamente, qualquer um que tenha examinado as programações musicais de Helen Bonny (2002) para o uso em Imagens Guiadas e Música (GIM) perceberá a importância da qualidade da música na terapia, e não apenas as composições, mas também a performance.

Mas, à parte o fato de que os próprios musicoterapeutas conhecem e aderem aos padrões convencionais de valores estéticos, Aigen (1995a) argumenta que critérios ampliados devem ser adotados na musicoterapia. Usando a teoria de John Dewey, ele propõe que entre "música como belas artes" e "música como arte terapêutica" na verdade não existe diferença alguma porque "as qualidades estéticas da música [estão] conectadas aos processos básicos da vida e da natureza" (p.238). Ele continua e diz que o que traz as pessoas à terapia é a incapacidade de experimentar as diferentes partes de si mesmo e de suas vidas como "componentes de um todo maior, o sentimento que adiciona significado e propósito à vida" e que são "as propriedades estéticas da música – incorporando o dinamismo inerente de estruturas melódicas, harmônicas e rítmicas – [que] têm a habilidade de enquadrar a experiência bruta dentro de uma experiência completa" (pp. 240 e 241). Um fator chave nesta experiência do "todo" é a tensão própria à vida que também pertence à musicoterapia, junto com os diferentes processos pelos quais esta tensão é acumulada, sustentada, resolvida e liberada.

Música como Pessoa, Processo, Produto e Contexto

Toda experiência musical minimamente envolve uma pessoa, um processo musical específico (i.e., composição, improvisação, performance ou escuta) e um contexto (p. ex., o físico, o emocional, ambiente interpessoal). Em musicoterapia, esses componentes estão relacionados integralmente, senão inseparáveis; de fato, o ponto crucial da musicoterapia é encontrar as relações entre eles. Quando o cliente assume o papel de improvisador e se envolve num processo extemporâneo da improvisação criativa, o musicoterapeuta sempre buscará formas de relacionar o cliente com seu processo e com seu produto resultante, o processo específico usado pelo cliente e o contexto no qual o processo e o produto existem. O mesmo vale para quando o cliente assume o papel na performance, composição ou audição.

Embora a relação entre pessoa, processo e produto na música pareça óbvia, ela não é universalmente aceita, e levanta uma série de questões fundamentais na musicoterapia no que diz respeito à estética: onde exatamente a música reside – na pessoa, no processo ou no produto – e como isso determina os limites da experiência musical? Em qual destes os padrões estéticos ou artísticos deveriam ser aplicados? O significado e a beleza da música residem na pessoa do cliente, no processo ao qual ele se submete em sua participação na música ou no próprio produto musical resultante?

Na opinião do autor, existe apenas uma forma de responder a essas questões de uma perspectiva musicoterápica: as fronteiras da música incluem a pessoa, o processo, o produto e o ambiente (p. ex., a natureza, o universo). A música reside em todos esses componentes ao mesmo tempo, inseparavelmente. O significado e a beleza da música pode sempre ser encontrada em qualquer um desses componentes, senão outro; padrões estéticos para qualquer um desses componentes não podem ser aplicados universalmente ou objetivamente nos outros.

Assim, dentro de um contexto clínico, o significado e a beleza das investidas musicais do cliente

sempre serão encontrados dentro do cliente, do processo, do produto ou do contexto. Quando o cliente tem sentimentos difíceis por dentro, o produto musical pode refletir essas dificuldades, mas a beleza se encontrará no processo que ao qual o cliente se submeteu para expressar seus sentimentos. Quando o cliente tem de superar incapacidades para se engajar no processo, o produto musical torna-se belo, não porque a música é perfeita mas por que sua vitória é bela.

Uma máxima de todas as terapias é a de buscar o melhor em cada cliente. Assim, em musicoterapia, o terapeuta deve sempre procurar por significado e beleza no que quer que o cliente traga à tona na experiência musical. Nós sempre assumimos que o significado e a beleza estão presentes, e dentro desta perspectiva, padrões estéticos e artísticos têm focos e critérios bem diferentes.

O inverso de buscar o melhor em cada cliente é evitar o julgamento. Isso também afeta como o musicoterapeuta vê as experiências musicais dos clientes.

A Música e Artes Relacionadas

Não obstante o quão cautelosos e o quão amplamente nós a definimos, a música nem sempre é apenas música. É muitas vezes entremeada com outras formas artísticas. Canções combinam música e poesia. Óperas e musicais integram música, drama, dança e artes visuais. Sinfonias podem ser baseadas em histórias ou em obras de arte. Cantores mimetizam e atuam enquanto cantam. Regentes usam gestos e movimentos para dar forma e direção à música. Ouvintes podem se mover, dançar, mimetizar, dramatizar, contar histórias, pintar, desenhar ou esculpir como formas de reagirem à música. Ou, alguém pode criar música como uma forma de retratar uma dança, uma dramaturgia, uma história, um poema, uma mímica, uma pintura, etc.

Muitas dessas formas e experiências artísticas “inter-relacionadas” são utilizadas na musicoterapia. Os exemplos mais comuns são a composição de canções, contação de histórias cantadas, dramas musicais, música e movimento, rituais com música e desenho e música, para nomear alguns.

O uso destas atividades coloca muitas questões no que concerne às fronteiras da musicoterapia. Escrever canções está dentro dos domínios da musicoterapia, poema-terapia ou ambos? A contação de histórias cantadas é uma atividade de biblioterapia, drama-terapia ou musicoterapia? O movimento ou dança na música está nos domínios da terapia do movimento/dança ou da musicoterapia? Pintar músicas é uma atividade da arteterapia ou da musicoterapia?

Definição Atual de Música

Dados os muitos fatores que dão forma a como um musicoterapeuta concebe a música, é importante oferecer uma definição que seja consistente com a prática clínica e suas premissas filosóficas básicas. Para este fim, a seguinte definição é oferecida:

A música é uma instituição humana na qual indivíduos criam significado, beleza e relações através do som, usando as artes da composição, improvisação, performance e audição. Significado e beleza são derivados (1) das relações intrínsecas criadas entre os próprios sons, (2) das relações extrínsecas criadas entre a experiência sonora e outras experiências humanas e (3) das relações interpessoais e

socioculturais inerentes ao processo de fazer ou experimentar música (i.e., "musicar"). Significado e beleza podem ser encontrados na própria música (i.e., o objeto ou produto), no ato de criar ou experimentar a música (i.e., o processo de musicar), no músico (i.e., a pessoa), nas relações interpessoais e socioculturais inerentes ao fazer musical e no universo.

Vamos agora promover uma elaboração de cada parte da definição.

A música é essencialmente um empreendimento humano, independentemente se é inspirada pelo Criador ou se origina da natureza.

A música é uma instituição. Como as outras artes, a música é um padrão organizado e persistente de interação humana centrada num conjunto de valores que são compartilhados por uma comunidade e relacionados reciprocamente a esta comunidade com funções, metas, costumes, tradições e regras específicos. Quando definida como uma instituição, a música é própria da espécie e, portanto, universal; entretanto, o critério pelo qual é definida como uma arte é próprio de cada cultura.

Indivíduos criam música. Assim, a música é sempre original e única para cada indivíduo que participa de sua criação ou recriação. Ela é sempre reinventada mais uma vez.

Significado, beleza, e se relacionar são os focos do fazer musical. O propósito de todos os esforços musicais é de explorar o significado, a beleza e as relações humanas inerentes ao processo criativo no mundo sonoro.

A arte da música é ao mesmo tempo ativa e receptiva por natureza, com a composição, improvisação, performance e audição tendo igualmente papéis significativos. Assim, o significado e a beleza da música residem ao mesmo tempo no mundo real do som, na realidade criada pelos compositores, improvisadores ou *performers* e no mundo imaginativo dos ouvintes. O significado e a beleza também residem nas relações humanas inerentes às transmissões da música entre os compositores, improvisadores, *performers*, ouvintes, sociedade, cultura e universo.

A música transmite significado e beleza por si só, mas também referida ao mundo além. Sua significância é tanto referencial como não-referencial.

A música é produto e processo, matéria e experiência, real e imaginária, pessoal, interpessoal, sociocultural e transpessoal. Seu significado e beleza podem ser encontrados em qualquer um desses aspectos e não podem ser limitados a nenhum destes.

Por que Experiência Musical no lugar de Música

Uma das características distintivas da presente definição é que ela estipula que a musicoterapia não é meramente o uso da música; em vez disso, é o uso de *experiências musicais*. As implicações por se adicionar "experiência" à "música" são sutis mas, de todo modo, importantes. O que isso implica é que o agente da terapia é entendido não apenas como a música (i.e., um objeto externo ao cliente), mas também como a experiência do cliente com a música (i.e., a interação entre pessoa, processo, produto e contexto, e a interação entre as pessoas). Assim, a tarefa do musicoterapeuta é mais do que a prescrição e administração da música mais apropriada; ela também envolve dar forma à experiência musical do cliente.

Isto, por sua vez, implica que a musicoterapia seja considerada uma forma de terapia empírica,

isto é, baseia-se na experiência como sendo o agente, o meio e o resultado da terapia. A ideia principal subjacente a terapias empíricas é que o cliente acessa, elabora e resolve diferentes questões terapêuticas diretamente através da mídia (p.ex., música, arte, dança). Por exemplo, quando a meta da musicoterapia é de natureza educacional, o cliente é engajado em experiências musicais que na verdade contém o desafio da aprendizagem e que então fornecem as opções para sua realização. Isto é, o cliente experimenta "o quê" deve ser aprendido através da música, enquanto também experimenta o processo de aprendizado e seu resultado, novamente através da música. Quando a meta é psicoterapêutica, o cliente é engajado em experiências musicais que evocam os sentimentos e a dinâmica interpessoal em questão, enquanto experiencia sua resolução ou transformação através da música. Assim, o que torna a musicoterapia única não é meramente sua dependência da música, mas sua dependência da experiência musical como meta, processo e resultado primários da terapia.

Ao expandir o agente da terapia da mera música à experiência musical, podemos ver mais claramente por que as diferentes definições de musicoterapia citaram todas as facetas e componentes da experiência musical usadas na prática clínica – do ruído ao silêncio, sons, gestos, movimentos, frases simples, letras, imagens, histórias e assim por diante. Como será discutido posteriormente, a experiência do cliente pode ser pré-musical, musical, extramusical ou mesmo não musical, dependendo do quanto a "música" está envolvida nas experiências. Qualquer uma dessas experiências pode ser terapêutica. Assim, dizer que a musicoterapia envolve apenas o uso da música, ignorando todos os outros possíveis componentes da *experiência* musical, é negar totalmente a riqueza da experiência musical e sua miríade de potenciais terapêuticos.

Especificar a experiência musical no lugar da música como o agente da terapia implica que os métodos musicoterápicos estão enraizados no que o cliente experiencia, e não apenas no que o terapeuta faz para moldar essa experiência. Por exemplo, se um terapeuta está improvisando e o cliente está apenas ouvindo, o método é mais "receptivo" do que de "improvisação". Para ser considerado improvisação, o cliente deve estar improvisando, independente do que o terapeuta está fazendo na hora, seja improvisando, ouvindo ou tocando. Em resumo, é a experiência do cliente que está no centro da terapia, não as ações do terapeuta, e devido a isso, todas as decisões metodológicas são baseadas no que o cliente precisa experimentar através da música.

Isso nos traz uma premissa ainda mais fundamental: A própria musicoterapia é definida e delimitada pela medida em que a experiência do cliente envolve a música, e não se o terapeuta está ativamente envolvido no fazer musical ou se o terapeuta tem as competências musicais para fazê-lo! Quando um cliente escuta a uma música gravada e o terapeuta meramente seleciona a música e dá forma à experiência de audição do cliente, trata-se ainda assim de musicoterapia. Isso é verdade, não importa se o terapeuta compôs a música ou se ele é um músico ou musicoterapeuta treinado. Analogamente, quando um cliente faz música sozinho e o terapeuta apenas escuta, trata-se ainda de musicoterapia, independente do envolvimento e treinamento do terapeuta. A musicoterapia acontece quando o cliente experimenta a música terapeuticamente dentro de uma relação cliente-terapeuta; ela não depende do que o terapeuta sabe ou faz.

Agora é o momento de examinar diferentes níveis, tipos e facetas das experiências musicais tipicamente usadas em terapia.

12

NÍVEIS DE EXPERIÊNCIA MUSICAL

Considerando que musicoterapeutas frequentemente ajustam e moldam a experiência musical a fim de incluir todas as facetas que possuem potencial terapêutico, e devido a essas experiências, envolverem, adicionalmente, discussões verbais e outras modalidades artísticas, uma questão constante e perturbadora sempre foi: Quando a experiência do cliente vai além dos limites da música e da musicoterapia? Para ser exato, algumas experiências oferecidas por musicoterapeutas a seus clientes são mais intrinsecamente “musicais” que outras. Mas, exatamente, o quão “musical” deve ser a experiência do cliente para ser considerada dentro dos limites da musicoterapia, especialmente quando nós adotamos a ampla definição de música oferecida previamente?

Provavelmente a forma mais eficaz de responder esta questão é primeiramente identificar os critérios que determinam se uma experiência é intrinsecamente musical. No levantamento de várias experiências usadas na musicoterapia, os seguintes critérios parecem ser os mais relevantes: (1) se o estímulo ou a resposta (*input/output*) é humano ou não humano, aleatório ou ordenado, e controlado intencionalmente ou não intencionalmente; (2) se o estímulo ou a resposta são auditivos, vibratórios ou visuais; (3) se são organizados de acordo com os parâmetros sonoros ou outros parâmetros (ex: padrões motores e padrões de fala); (4) se os sons produzem formas significativas; e (5) se algum aspecto da experiência é de natureza estética.

Baseado nesses critérios, cinco níveis de experiências musicais podem ser discriminados na musicoterapia clinica: pré-musical, musical, extramusical, paramusical e não musical. Antes de definir estes níveis devemos primeiramente reconhecer que a musicoterapia envolve o cliente tanto em experiências musicais ativas quanto receptivas e que, por conta disso, a musicalidade intrínseca de qualquer experiência pode variar de acordo com a natureza dos *produtos* musicais utilizados na prática clinica, bem como a natureza dos *processos* musicais envolvidos pelo cliente e terapeuta. Neste contexto, um produto é um material musical de algum tipo (ex: uma composição, desempenho, improvisação, uma percepção) criado e/ou apresentado, tanto pelo terapeuta para o cliente quanto do cliente para o terapeuta. Por exemplo, o terapeuta apresenta uma *canção* ao o cliente para cantar e o cliente realiza uma *performance* da *canção* e grava a *performance*. Depois, o cliente modifica a letra da canção, canta a canção revisada, e grava a *performance*. Depois o cliente escreve uma nova canção com a ajuda do terapeuta, canta a canção, e grava a *performance*. Ao ouvir as canções *originais*, *revisadas*, e *novas*, o cliente e o terapeuta formam suas próprias diferentes *percepções* delas. Como sinalizadas em itálico, tudo isso são exemplos da canção como um “produto” que está passando por transformações contínuas, devido aos diferentes processos musicais em que o cliente e o terapeuta estão se engajando. O processo musical é, portanto o próprio fazer musical, musicar, ou envolvimento no produto musical; é a própria improvisação, composição, recriação e audição. A distinção aqui é similar àquela feita por Elliot (1995)

entre o “fazer” música (que é o processo) e o “feito” (que é o produto).

Perceba que um produto deve ser usado na terapia como um “estímulo” ou “entrada” para receber (como em uma audição ou experiência receptiva), ou deve ser a “resposta” ou parte ativa do processo de criação musical, como improvisar, compor ou recriar. Além disso, existem no mínimo duas pessoas (ou agentes) envolvidas, o cliente e o terapeuta. Assim, em qualquer momento da terapia, há varias experiências que surgem, tais como:

- Processo receptivo do cliente: como o cliente ouve, percebe e interpreta os produtos musicais (1) apresentados ou criados pelo terapeuta, (2) criados pelo próprio cliente, ou (3) criados pelo cliente e terapeuta.
- Processo ativo do cliente: como o cliente improvisa, compõe, canta ou toca um instrumento, com ou sem o terapeuta, criando, assim, vários produtos musicais
- Processo receptivo do terapeuta: como o terapeuta ouve, percebe e interpreta o produto musical: (1) apresentado ou criado pelo cliente, (2) criado pelo próprio terapeuta, ou (3) criado pelo cliente e terapeuta.
- Processo ativo do terapeuta: como o terapeuta improvisa, compõe, canta ou toca um instrumento, com ou sem o cliente, criando assim vários produtos musicais.

Em resumo, quando nos referimos a experiências musicais utilizadas na musicoterapia, estamos incluindo a experiência do “processo” e a experiência do “produto” tanto do cliente quanto do terapeuta.

Estamos agora prontos para examinar cada nível de experiência musical, diferenciada de acordo com a musicalidade intrínseca do produto e do processo.

Pré Musical

Produtos *pré musicais* são aqueles insuficientemente desenvolvidos, organizados ou completos para serem considerados intrinsecamente musicais, ou cuja função é mais de sinal comunicativo do que propriamente de expressão musical. Os exemplos incluem: vibrações aleatórias, formas vibratórias, sinais elétricos musicais, ritmos motores, ritmos visuais, sons naturais ou ambientais, sons de animais, sons instrumentais ou corporais desorganizados, vocalizações aleatórias, balbucios ou prosódia.

Processos pré musicais são aquelas reações à musica que têm intencionalidade insuficiente para serem qualificadas como musicais. Exemplos incluem respostas reflexivas ou autônomas à musica, transformações no nível de consciência devido à música e esquemas sensório-motores disparados pela música.

Musical

Produtos *musicais* são sons suficientemente controlados ou organizados de forma a criar relações que são intrinsecamente significativas. Embora os sons possam representar, descrever ou referir-se a algo além deles próprios, seu significado primário apóia-se nas relações musicais existentes entre os próprios sons

simultâneos e sucessivos. Essas relações intrínsecas ficam evidentes quando o material é organizado de acordo com os elementos musicais básicos (exemplo, pulsação, ritmo, escala, tonalidade, melodia, harmonia, textura, timbre, dinâmica), e quando o material cria formas musicais (por exemplo, temas, frases, improvisações, composições, execuções).

Processos *musicais* incluem todos os esforços intencionais de escutar ou fazer música. Escutar é uma experiência musical em que são feitos esforços para apreender e experienciar as relações e os significados intrínsecos da música. Elas geralmente envolvem uma variedade de processos latentes como esperar, perceber, discriminar, analisar, relembrar, avaliar, interpretar, sentir, preferir, e assim por diante.

Criar sons é considerado uma experiência musical quando se faz esforços para controlar, manipular, e organizá-los de modo a produzir relações significativas dentre e entre eles. Tipicamente, isso envolve atividades tais como improvisar, apresentar uma música, compor e as várias atividades nelas envolvidas.

Extramusical

Produtos *extramusicais* são essencialmente os aspectos não musicais da música ou da experiência musical que se originam, afetam ou retiram o seu significado da musica (por exemplo, letras, programas, histórias ou dramas representados na música). Tais elementos podem ser significativos por si próprios ou podem depender da música para lhes dar significado. A música, por outro lado, é independente dos elementos extramusicais para seu significado essencial, embora tenha seu significado intensificado ou ampliado por causa deles. Isto é, os sons por si próprios não são menos significativos ou menos inter-relacionados do ponto de vista musical, embora seu significado e as relações essencialmente musicais sejam intensificados ou ampliados pelos aspectos extramusicais.

Em função dessa dupla camada de significados, o ouvinte pode colocar a música no primeiro plano da experiência e retirar os significados primariamente da musica, mantendo os elementos extramusicais em segundo plano, ou fazer o inverso, centrar-se nos elementos extramusicais para a obtenção de significados, mantendo a música em segundo plano.

Processos *extramusicais* são essencialmente comportamentos e reações à música que não envolve fazer música, mas que se originam, em seu significado, da música que está sendo experienciada. Exemplos incluem responder à música através do movimento ou fazendo mímica, dramatização, desenho, pintura, escultura, ou usando a imaginação, fantasiando, falando, escrevendo, etc. Aqui também a pessoa pode colocar a música em primeiro plano e modelar o comportamento de acordo com a música, ou ao contrário, centrar-se no comportamento extramusical e colocar a música no segundo plano da experiência.

É importante salientar que, quando clientes e terapeutas discutem a música que acabaram de criar ou ouvir, o produto e o processo podem ser considerados extramusicais em sua natureza. Assim, a própria conversa sobre uma improvisação, depois que ela ocorre, é um “processo” extramusical seu objetivo pode ser descrever a música verbalmente, verbalizar a reação de alguém à música ou dar significado verbal à música. A discussão em si é um “produto” extramusical existe como um artefato verbal da música.

Paramusical

Produtos *paramusicais* são aqueles aspectos do ambiente musical que se impõem ao individuo enquanto ele ouve ou faz música e que não se relacionam intrinsecamente com a música e não dependem da música para obter seu significado. Geralmente, estes materiais ou produtos podem ocorrer independentemente da música, embora coincidam com ela, ou podem ser estimulados pela música de forma colateral. Exemplos incluem (1) pessoas, objetos, móveis, luzes e adereços no ambiente da música, e (2) dança, teatro, obras de arte, poesia, etc., criados de forma independente da música, mas ainda no ambiente da música.

Processos *paramusicais* são comportamentos ou reações que ocorrem dentro do contexto da atividade musical, mas são não musicais em sua intenção ou conteúdo. Tais respostas podem emergir ou originar-se a partir da música, do ambiente ou da experiência musical, embora não estejam intrinsecamente relacionadas com a música ou passem a ser por ela controladas, e tampouco dependam da música para extrair significado. Exemplos incluem sonhar acordado, ficar distraído, conversar algo que não seja a música, ou praticar outra atividade artística, tudo com fundo musical, etc.

Não Musical

Produtos *não musicais* são aqueles aspectos do ambiente musicoterapêutico que se impõem ao cliente, mas que não possuem ou produzem significado a partir dos outros estímulos ou respostas mencionados anteriormente.

Processos *não musicais* são aqueles pensamentos, comportamentos ou reações emocionais que não possuem intenção ou significação musical e que não se derivam, afetam ou retiram seu significado de nenhuma atividade musical.

Implicações

As sessões de musicoterapia contêm uma infinidade de experiências em vários níveis de musicalidade intrínseca. Cada sessão varia de momento a momento e, tanto o cliente quanto o terapeuta, podem operar em diferentes níveis de musicalidade enquanto interagem entre si. Por exemplo, aqui se encontra uma sequência interacional na improvisação da musicoterapia que envolve produtos e processos pré musicais, musicais e extramusicais.

Cliente:	faz sons pré-verbais
Terapeuta:	percebe musicalidade no som do cliente
Terapeuta:	improvisa canção para acompanhar os sons pré-verbais
Cliente:	experimenta o dueto como musicalmente significativo
Terapeuta:	canta músicas para descrever o que estão fazendo
Cliente:	canta as vogais de determinadas palavras na canção

Observe como uma pessoa pode apresentar um nível de musicalidade e outra pessoa pode responder em um mesmo ou diferente nível. Repare também como um produto em um nível pode induzir um processo

em outro nível e vice versa.

Pode-se muito bem questionar por que isso pode ter significado clínico, especialmente quando é difícil de categorizar tais experiências. Há várias razões. Em primeiro lugar, é demonstrado que a música pode gerar uma infindável sequência de diferentes experiências variando em profundidade, amplitude e musicalidade. Em segundo lugar, existe uma vantagem no reconhecimento de que algumas experiências são mais ou menos intrinsecamente musicais do que outras. Estas distinções podem guiar o terapeuta na formação das experiências do cliente e também servir como um lembrete de que, embora a musicoterapia envolva todos os níveis de experiência musical, quanto mais próxima é a experiência do cliente do nível puramente musical, mais certeza temos de que é verdadeiramente musicoterapia. Em terceiro lugar, esta análise de níveis pode nos ajudar a esclarecer melhor as diferenças entre a música como terapia versus música em terapia, como também pode contribuir para a nossa compreensão da terapia com abordagens “centradas na música”, tal como descrito por Aigen (2005). Finalmente, estes níveis de experiência deixam claro que a música e todas as suas manifestações são a essência da prática na musicoterapia.

13

TIPOS DE EXPERIÊNCIAS MUSICAIS: OS QUATRO MÉTODOS PRINCIPAIS

No último capítulo, a musicoterapia foi descrita como forma empírica de terapia porque foca e se utiliza da experiência musical do cliente como sua metodologia primária. Essencialmente, isso significa que, na musicoterapia, o cliente se submete aos processos de avaliação diagnóstica, tratamento e avaliação envolvendo-se em diferentes tipos de experiências musicais.

Na música existem quatro tipos de experiências distintas: improvisar, recriar (ou executar), compor e ouvir. Cada um desses tipos de experiência musical tem suas próprias e únicas características, e cada uma é definida por seus próprios processos específicos de envolvimento. Cada tipo envolve um conjunto diferente de comportamentos sensório-motores, requer diferentes tipos de habilidades perceptivas e cognitivas, evoca diferentes tipos de emoções e provoca diferentes processos interpessoais. Devido a isto, cada tipo também tem seus próprios potenciais e aplicações terapêuticas. Assim, por exemplo, ouvir música tem determinados potenciais e usos terapêuticos que são diferentes daqueles da improvisação; de forma similar, a improvisação tem aplicações e potenciais diferentes daqueles envolvidos na execução de uma obra composta.

O entendimento de como a musicoterapia funciona, então, requer o entendimento de cada tipo de experiência musical. O propósito deste capítulo é identificar e definir as diferentes formas que a improvisação, recriação, composição e audição são trabalhadas pelos musicoterapeutas ao abordarem as necessidades de seus clientes.

Antes de continuar, devemos esclarecer alguns termos relacionados à metodologia que são muitas vezes confundidos. Na literatura, muitas vezes encontramos os termos“método”, “abordagem”, “modelo”, “procedimento” e “técnica” sendo usados indistintamente, como se todos eles significassem a mesma coisa. Isso levou a uma considerável confusão e a discussões sobre quem criou qual método e qual técnica pertence a quem. Embora não haja uma forma óbvia e inequívoca de definir cada um destes termos, eles precisam ser diferenciados. A seleção de termos e definições propostas aqui pode ser de certa forma arbitrária; o mais importante é que eles devem ser diferenciados e esclarecidos. Para entender as diferenças, usaremos a improvisação como um exemplo através da discussão.

Um *método* é aqui definido como um tipo particular de experiência musical usada para avaliação diagnóstica, tratamento e/ou avaliação. Uma vez que existem quatro tipos principais de experiências musicais (improvisação, recriação, composição e audição), elas são consideradas os quatro métodos principais da musicoterapia. Uma vez que existem muitas formas diferentes de delinear estas quatro experiências, cada um dos métodos tem muitas *variações*. Assim, as variadas formas de engajar o cliente num fazer musical extemporâneo caem na categoria de métodos “improvisativos”; as variadas formas de

engajar o cliente na reprodução de música caem na categoria de métodos “recriacionais”; as variadas formas de engajar o cliente na composição de música caem na categoria de métodos “composicionais”; as variadas formas de engajar o cliente em experiências de audição caem na categoria de métodos “receptivos”. Cada variação dentro de um método pode também ser considerada um método. Por exemplo, improvisação com estórias é um método improvisativo; cantar canções é um método recriacional; escrever canções é um método composicional; e a associação de imagens e música é um método receptivo.

Com o intuito de engajar o cliente nessas experiências musicais, o terapeuta se utiliza de diferentes procedimentos. Um *procedimento* é uma sequência organizada de operações e interações que o terapeuta utiliza ao conduzir o cliente pela experiência musical. Procedimentos são os tijolos básicos da sessão de musicoterapia; são as diferentes coisas que um terapeuta faz para organizar e implementar o método. Por exemplo, se o método é improvisação e a variação é “grupo instrumental”, o terapeuta pode usar os seguintes passos procedurais para conduzir a sessão: (1) clientes selecionam instrumentos; (2) o grupo experimenta os instrumentos livremente; (3) o terapeuta apresenta uma estrutura ou regra para a improvisação; (4) o grupo improvisa de acordo; (5) o grupo discute a improvisação; e (6) os mesmos passos são repetidos até o final da sessão.

Em cada um desses passos procedurais, o terapeuta pode usar uma variedade de técnicas. Uma *técnica* é uma operação ou interação singular que um terapeuta utiliza para extrair uma reação imediata do cliente ou para moldar o curso imediato da experiência do cliente. Assim, uma técnica é uma operação menor, individualizada, dentro de um procedimento, enquanto um procedimento pode ser visto como uma série de técnicas. Em nosso exemplo improvisativo, o terapeuta pode usar uma variedade de técnicas musicais quando os cliente estão improvisando em conjunto, tais como “fazer a base”, “manter a batida”, “misturar”, assim por diante (BRUSCIA, 1987a). Da mesma forma, quando o grupo discute a improvisação, o terapeuta pode usar diferentes técnicas verbais tais como “sondar” e “espelhar”.

Quando um terapeuta começa a desenvolver uma abordagem sistemática empregando um ou mais dos quatro métodos de uma forma em particular, seguindo sequências procedurais específicas e se baseando em certas técnicas, um modelo está sendo desenvolvido. Um *modelo* é uma abordagem ampla para avaliação diagnóstica, tratamento e avaliação que inclui princípios teóricos, indicações e contraindicações clínicas, metas, diretrizes e especificações metodológicas e o uso característico de certas técnicas e sequências procedurais. Exemplos de modelos improvisativos para musicoterapia incluem a “Musicoterapia Criativa”, desenvolvida por Nordoff e Robbins (2007), e a “Musicoterapia Analítica”, desenvolvida por Mary Priestley (1994). Note que um modelo é muito mais compreensivo do que um método; de fato, um modelo é a especificação de como um ou mais métodos podem ser utilizados, em determinada população alvo. Também é importante notar que existem apenas quatro métodos principais em musicoterapia, e que estes métodos variam infinitamente no que concerne a procedimentos e técnicas, dependendo do modelo. Além disso, um método traz consigo nenhuma orientação teórica em particular, ao passo que um modelo sempre contém alguma. Um terapeuta pode usar a improvisação dentro de muitas orientações teóricas diferentes, mas logo que uma improvisação é implementada de uma forma particular, de acordo com algum tipo de princípio, uma orientação teórica está implicada.

Resumindo: Um método é um tipo particular de experiência musical na qual o cliente se engaja com propósitos terapêuticos; uma variação é uma forma particular na qual este método é implementado; um procedimento é tudo o que o terapeuta deve fazer para engajar o cliente nessa experiência ou método; uma técnica é um passo dentro de qualquer procedimento que um terapeuta utiliza para dar forma à experiência imediata do cliente; e um modelo é uma abordagem sistemática e única do método, procedimento e técnica baseada em certos princípios.

Com isto em mente, podemos agora examinar os quatro métodos principais da musicoterapia em maiores detalhes. As próximas quatro seções dão uma descrição de cada método, incluindo definições, variações e usos.

Métodos Improvisativos

Definições e Usos

Em experiências musicais improvisativas, o cliente faz música ao tocar ou cantar, criando extemporaneamente uma melodia, um ritmo, uma canção ou uma peça instrumental. O cliente pode improvisar sozinho, num dueto ou em um grupo que inclui o terapeuta, outros clientes e, às vezes, parentes. O cliente pode usar qualquer mídia musical dentro de suas capacidades (p. ex., voz, sons corporais, percussão, instrumentos de corda ou de sopro, teclados, e assim por diante). O terapeuta ajuda o cliente fornecendo as instruções e demonstrações necessárias, oferecendo uma ideia ou estrutura musical como base da improvisação, tocando ou cantando um acompanhamento que estimule ou guie a improvisação do cliente, ou apresentando uma ideia não musical (p. ex., uma imagem, um trabalho artístico, uma estória) para o cliente retratar através da improvisação.

Uma amostra das metas pode ser:

- Estabelecer um canal de comunicação não verbal e uma ponte para a comunicação verbal;
- Fornecer meios gratificantes de autoexpressão e formação de identidade;
- Explorar diferentes aspectos do eu[7] em relação aos outros;
- Identificar, expressar e trabalhar emoções difíceis;
- Desenvolver a capacidade de respeito interpessoal e intimidade;
- Desenvolver habilidades interpessoais ou de grupo;
- Resolver problemas interpessoais ou de grupo;
- Desenvolver a criatividade, expressar liberdade, espontaneidade e ludicidade dentro de diferentes níveis de estrutura;
- Estimular e desenvolver os sentidos; e
- Desenvolver habilidades perceptivas e cognitivas.

Muitas populações diferentes apresentam necessidades terapêuticas nestas áreas: de crianças obsessivo-compulsivas a adultos com transtornos de personalidade *borderline* ou narcisística; de autistas, crianças que não falam a adolescentes agressivos; de crianças impulsivas ou que atuam a adultos inibidos e depressivos; e de crianças com desenvolvimento atrasado ou fisicamente comprometidas a crianças sem quaisquer dificuldades.

Variações

Instrumental sem referencial: o cliente improvisa em um instrumento musical sem referências a qualquer outra coisa que não o som ou a música. Em outras palavras, o cliente improvisa sua música por ela mesma, sem tentar fazê-la representar ou descrever qualquer coisa não musical. Três subtipos são: solo, dueto e grupo, cada um apresentando diferentes tipos de desafios musicais.

Instrumental com referencial: o cliente improvisa em um instrumento musical para retratar em sons algo não musical (p.ex., um sentimento, ideia, obra, imagem, pessoa, evento, experiência, etc). Subtipos incluem solo, dueto e grupo, cada um tendo implicações sobre como a ideia não referencial é percebida e musicalmente projetada.

Improvisação de Canções: O cliente improvisa letras, melodia e/ou acompanhamento para uma canção. Subtipos incluem canções improvisadas em solo, em duetos e em grupo. Dada a proeminência da melodia na canção, e a ligação próxima entre melodia e letra, a adição de outros improvisadores pode complicar o processo significativamente.

Improvisação Vocal sem referencial: O cliente improvisa uma peça vocal sem palavras ou imagens. Subtipos incluem solo, dueto e grupo.

Improvisações corporais: o cliente improvisa fazendo variados tipos de sons corporais percussivos (palmas, estalar dedos ou lábios). Subtipos incluem solo, dueto e grupo.

Improvisações com mídias mistas: o cliente improvisa usando voz, sons corporais, instrumentos e/ou qualquer combinação de fontes sonoras. Subtipos incluem solo, dueto e grupo.

Improvisações conduzidas: o cliente cria uma improvisação dando pistas diretivas para um ou mais improvisadores.

Métodos Recriacionais

Definições e Usos

Em métodos recriacionais, o cliente aprende, canta, toca ou executa música composta previamente ou reproduz qualquer tipo de forma musical apresentada como modelo. Também estão incluídos atividades ou jogos musicais estruturados nos quais o cliente cumpre papéis ou apresenta comportamentos que foram especificamente definidos. O termo “recriativo” é usado aqui no lugar de “performance” ou “execução” por que estes últimos geralmente subentendem o cantar ou tocar uma peça diante de uma audiência. Recriar é um termo mais amplo que inclui representar, reproduzir, realizar ou interpretar qualquer parte de um trabalho musical já existente, seja isto feito com ou sem uma audiência.

Uma amostra das metas pode ser:

- Desenvolver habilidades sensório-motoras;
- Adotar comportamento adaptativo, ordenado no tempo;

- Aprimorar atenção e orientação à realidade;
- Desenvolver capacidade de memória;
- Desenvolver a habilidade de escutar e monitorar a si mesmo;
- Promover identificação e empatia com os outros;
- Experimentar e liberar sentimentos em um ambiente seguro e apropriado;
- Desenvolver habilidades para distinguir, interpretar e comunicar ideias e sentimentos;
- Aprender funções chave em diferentes situações interpessoais;
- Aprimorar habilidades interativas e de grupo;
- Desenvolver um senso de comunidade;
- Identificar-se com um valor ou crença de um grupo, comunidade, sociedade ou cultura.

Os principais candidatos para experiências recriacionais são aqueles clientes que precisam de estrutura para desenvolver habilidades específicas e funções comportamentais. Também é indicado para clientes que precisam entender e adaptar-se a ideias e sentimentos de outros enquanto ainda retém sua própria identidade, assim como clientes que precisam trabalhar em conjunto por objetivos em comum. Experiências recriacionais ajudam clientes a "sobreviver" e ter seus próprios sentimentos, ao mesmo tempo em que também compartilham e se identificam com os sentimentos de seus cônjuges e grupos sociais.

Variações

Recriação Instrumental (tocando um instrumento): o cliente pode ser envolvido em qualquer um dos seguintes tipos de experiência: soar um instrumento da forma prescrita, leitura à primeira vista de algum tipo de notação, execução de peças instrumentais compostas previamente, ensaiar num conjunto instrumental, tomar aulas particulares, executar exercícios imitativos num instrumento ou tocar um trecho instrumental com uma gravação. A essência de todas essas atividades é a reprodução de materiais musicais estruturados ou compostos previamente usando um instrumento musical.

Recriação Vocal (cantando uma canção): O cliente pode ser engajado em qualquer experiência das seguintes: vocalizar de uma forma prescrita, leitura à primeira vista, cantar canções, entoar, recitação coral, ensaio de grupos corais, aulas de canto, imitação ou aprendizado de melodias vocais ou dublagem de canções gravadas. A essência de todas essas atividades é a reprodução vocal de materiais musicais estruturados ou de canções previamente compostas.

Performance: O cliente toca ou canta uma composição para outros ouvirem, formalmente ou informalmente, para pequenas ou grandes plateias.

Produções Musicais: O cliente é envolvido no planejamento e execução de um show de música ou peça teatral.

Jogos e Atividades Musicais: O cliente participa de jogos musicais (p.ex., dê o nome da nota, charadas musicais, dança das cadeiras, etc.) ou qualquer atividade estruturada pela música.

Condução: O cliente dirige ao vivo uma performance musical fornecendo dicas gestuais aos músicos como ditado por uma partitura ou outra notação.

Método Composicional

Definição e Usos

Em experiências de composição, o terapeuta ajuda o cliente a escrever canções, letras ou peças instrumentais, ou a criar qualquer tipo de produto musical, tais como clipes de música ou fitas de áudio. Normalmente o terapeuta tem a responsabilidade pelos aspectos mais técnicos do processo e dosa a participação do cliente de acordo com suas capacidades musicais. Por exemplo, o cliente pode gerar a melodia em um instrumento simples de placas (ex: xilofone, metalofone), enquanto o terapeuta fornece acompanhamento harmônico, ou o cliente pode produzir a letra enquanto o terapeuta compõe a melodia e harmonia que a acompanharão.

Algumas metas típicas incluem:

- Desenvolver habilidades na criação de estruturas onde se possa expressar os pensamentos e sentimentos seus e/ou que compartilha com outros;
- Desenvolver habilidades na organização de pensamentos e sentimentos de modo que se encaixem na estrutura adotada;
- Desenvolver a habilidade de explorar diferentes formas de expressar pensamentos e sentimentos dentro da estrutura;
- Desenvolver habilidades de tomada de decisão;
- Desenvolver a habilidade de documentar e comunicar a maneira que os outros devem recriar sua composição;
- Promover a exploração de temas terapêuticos através da letra;
- Desenvolver a habilidade de integrar e sintetizar partes em um todo.

Variações

Transformação de Canções: O cliente muda palavras, frases ou a letra inteira de uma canção existente enquanto mantém a melodia e o acompanhamento padrão ou, reciprocamente, muda a música e mantém a letra.

Escrever Canções: O cliente compõe uma canção original ou parte dela (p.ex., letra, melodia, acompanhamento) com níveis variados de assistência técnica do terapeuta. O processo normalmente inclui algum tipo de notação ou gravação final do produto.

Composição Instrumental: O cliente compõe um peça instrumental original ou uma parte dela (p.ex., melodia, ritmo, acompanhamento) com níveis variados de assistência técnica do terapeuta. O

processo normalmente inclui algum tipo de notação ou gravação final do produto.

Atividades de Notação: O cliente cria um sistema de notação e então compõe uma peça utilizando-o, ou o cliente o utiliza para registrar uma peça previamente composta.

Colagens Musicais: O cliente seleciona e sequencia sons, canções, músicas ou fragmentos a fim de produzir uma gravação que explore questões autobiográficas ou terapêuticas.

Métodos Receptivos

Definições e Usos

Em experiências receptivas, o cliente ouve a música e responde à experiências silenciosamente, verbalmente ou em outra modalidade. A música usada pode improvisações, recriações ou composições executadas ao vivo ou gravações, do cliente, terapeuta ou de gravações comerciais de diferentes estilos (p.ex., clássico, rock, jazz, country, religiosa, New Age). A experiência de audição pode estar focada nos aspectos físicos, emocionais, intelectuais, estéticos ou espirituais da música, e a resposta do cliente varia de acordo com o propósito terapêutico da experiência.

Algumas metas típicas incluem:

- Promover receptividade;
- Evocar respostas corporais específicas;
- Estimular ou relaxar a pessoa;
- Desenvolver habilidades auditivas/motoras;
- Evocar estados e experiências afetivas;
- Explorar ideias e pensamentos dos outros;
- Facilitar a memória, a reminiscência e a regrssão;
- Evocar o imaginário e as fantasias;
- Conectar o ouvinte à comunidade ou ao grupo sociocultural;
- Estimular experiências culminantes e espirituais.

Os candidatos indicados para as experiências de audição são aqueles clientes que têm capacidade de atenção e receptividade necessárias para apreciar a música e que se beneficiarão terapeuticamente respondendo à música de uma maneira particular (p.ex., analiticamente, projetivamente, fisicamente, emocionalmente, espiritualmente).

Variações

Escuta Somática: O uso de vibrações, sons e música em diferentes elementos e formas combinadas para influenciar diretamente o corpo do cliente e sua relação com outras facetas deste. Subtipos incluem:

- *Entrainment (entrar em ressonância com o ritmo do outro):* o uso de vibrações, sons e música em diferentes elementos e formas combinadas para estabelecer sincronicidade nas respostas corporais autônomas ou voluntárias: entre cliente e música, dentro do corpo do cliente e entre o cliente e outra pessoa. O estímulo usado pode ser gravado ou criado pelo terapeuta e/ou cliente, instrumental ou vocalizado.
- *Ressonância*[8]*:* o uso de vibrações, sons e música em diferentes elementos e formas combinadas para vibrar partes do corpo do cliente em diferentes frequências ou padrões de frequências e para estabelecer vibrações recíprocas entre o estímulo e o cliente. Os estímulos usados podem ser gravados ou criados pelo terapeuta e/ou cliente, instrumental ou vocalizado.
- *Música Vibro-acústica:* A administração de frequências vibracionais no corpo do cliente ao ouvir música; ou a aplicação de padrões vibracionais de músicas diretamente no corpo do cliente (p.ex., acupuntura musical).
- *Biofeedback Musical:* O uso da música para fornecer em tempo contínuo um retorno audível sobre funções autônomas do corpo (p. ex., pressão arterial, freqüência cardíaca, níveis hormonais, secreção glandular, etc.) O propósito é facilitar ao cliente o uso da tecnologia de biofeedback e assim fornecer maior consciência e controle sobre o corpo. A música pode também ser utilizada para facilitar o processo de relaxamento para o biofeedback.

Música e Controle da Dor: O uso da música de forma receptiva para: otimizar os efeitos de drogas anestésicas ou analgésicas, induzir insensibilidade à dor sem anestesia, reduzir ou controlar a dor e reduzir a ansiedade relacionada à dor.

Relaxamento Musical: O uso da música de forma receptiva para: reduzir estresse ou tensão, reduzir ou combater ansiedade, induzir relaxamento corporal ou facilitar a entrada em estados alterados de consciência.

Audição Meditativa: O uso da música como auxiliar na meditação ou contemplação de uma idéia em particular. A música pode ser gravada ou executada ao vivo pelo cliente e/ou terapeuta, e usada como pano de fundo ou como primeiro plano na experiência.

Audição Subliminar: O uso de sons ou músicas para mascarar o envio de mensagens subliminares verbais ou sugestões à mente inconsciente.

Audição para a Estimulação: O uso da música de forma receptiva para: estimular os sentidos, deixar alerta, estabelecer orientação à realidade ou contato com o meio ambiente, aumentar o nível de energia, provocar atividade sensório-motora, aumentar a percepção sensorial ou elevar o humor.

Audição Eurítmica: O uso da música para organizar e monitorar ritmicamente os comportamentos motores do cliente, incluindo fala, respiração, movimento motor fino e grosso, exercícios corporais e passos de dança. Note que neste método o comportamento motor do cliente é muito mais prescrito e estruturado do que em abordagens projetivas. Este método também difere da ação-escuta onde o ritmo da música é usado para organizar o comportamento motor no lugar de sinalizar ou direcionar qual comportamento motor deve ser realizado.

Audição Perceptiva: O uso de exercícios de audição musical para aperfeiçoar habilidades de atenção

auditiva, percepção, discriminação e conservação, e a relação entre audição e outras modalidades sensoriais.

Ação-Escuta: o uso de letras de canções ou deixas musicais para provocar respostas comportamentais (p.ex., movimentação, atividades da vida diária, respostas verbais).

Audição Contingente: ouvir música como reforço contingente à mudança comportamental.

Audição Mediativa: o uso da música como estratégia mediativa no aprendizado e recordação de informações. A música é pareada com diferentes tipos de informação ou com uma experiência em particular de forma a torná-la mais concreta, memorável e recuperável.

Atividades de Apreciação Musical: o terapeuta oferece experiências de audição musical que ajudarão o cliente a entender e apreciar a estrutura, o estilo, a significância histórica e o valor estético da música.

Reminiscência através da Canção: o uso da experiência auditiva para evocação de memórias de eventos e experiências passados da vida do cliente. A música pode ser vocal ou instrumental, gravada ou executada, e selecionada tanto pelo cliente como pelo terapeuta, de acordo com sua associação ou a relação temporal com o período de interesse. Após ouvi-la (ou executá-la), o cliente e o terapeuta relembram as velhas histórias do passado do cliente.

Regressão através da Canção: o terapeuta seleciona uma música que permitirá ao cliente que este re-experiencie o passado, não como uma reminiscência no presente, mas revivendo o passado no passado. Muitas vezes, o cliente ouve a música em um estado relaxado e quieto.

Recordação Induzida através da Canção: Quando induzido *conscientemente*, o terapeuta pergunta ao cliente qual canção (ou música) vem à mente referente a um tópico, questão ou evento em particular no processo terapêutico em andamento; quando induzido *inconscientemente*, uma canção (ou peça musical) inesperadamente ou espontaneamente vem à consciência do terapeuta ou do cliente em resposta a um tópico, questão ou evento em particular (DIAZ DE CHUMACEIRO, 1998a, 1998b).

Comunicação através da Canção: O terapeuta pede ao cliente que este selecione ou traga a gravação de uma canção (ou outra peça musical) que expresse ou revele qualquer coisa sobre o cliente, de relevância para a terapia; ou, o terapeuta seleciona uma gravação que comunique algo de relevante ao cliente. Então ambas as partes ouvem a gravação e exploram esses elementos acerca do cliente, sua vida e questões terapêuticas.

Discussão através da Canção: O terapeuta traz uma canção que sirva como trampolim para a discussão de tópicos terapeuticamente relevantes para o cliente. Após ouvi-la, é pedido ao cliente que analise o significado da letra e examine (em diálogo com o terapeuta ou outros clientes) sua relevância para si mesmo e para sua vida.

Audição Projetiva: O terapeuta apresenta sons e/ou músicas e pede que o cliente identifique, descreva, interprete e/ou associe livremente a partir deles por meios verbais ou não verbais. Técnicas específicas de audição projetiva incluem:

- *Identificação projetiva sonora:* o cliente é apresentado a sons ambíguos e deve identificar o que são;
- *Associação livre:* O cliente escuta os sons e as músicas e fala ou escreve o que lhe vem à cabeça, sem se preocupar em ser coeso ou fazer sentido;

- *Narração Projetiva:* O cliente escuta os sons e/ou as músicas e conta uma história de acordo, oralmente ou escrevendo;
- *Dramatização Musical:* o cliente encena o que ele escuta na música;
- *Escolha de Canção:* o cliente seleciona e escuta suas canções favoritas, ou àquelas com que tem forte identificação ou conexão. (Ver *Comunicação através da Canção e Recordação Induzida através da Canção*);
- *Projeção de Movimentos através da Música: O cliente ouve a música e improvisa movimentos expressivos de acordo;*
- *Projeção de Desenhos através da Música:* o cliente desenha enquanto escuta à música.

Audição Imagética: o uso da música para evocar e apoiar processos imaginativos ou experiências interiores, geralmente durante um estado nãoordinário de consciência. Os tipos específicos incluem:

- *Imagem musical Direcionada:* o cliente imagina o que o terapeuta apresenta enquanto escuta a música, normalmente num estado alterado de consciência. A imagem pode ser selecionada pelo terapeuta ou pelo cliente, e pode ser de natureza mental ou física. A imagem pode ser específica, personalizada ou geral, e a orientação do terapeuta pode ser espaçada em vários intervalos;
- *Imagem Musical Não-Guiada:* o cliente imagina livremente ao ouvir a música durante um estado alterado de consciência sem direção ou diálogo por parte do terapeuta. Com ou sem foco, a música normalmente é curta.
- *Imagem Musical Guiada:* o cliente imagina livremente enquanto escuta a música num estado alterado de consciência dialogando com o terapeuta;
- *Imagem Musical Guiada Interativa:* o cliente cria as imagens em cooperação com outros clientes sendo guiado pelo terapeuta.

Auto-Audição: o cliente ouve a gravação de sua própria improvisação, performance ou composição, para refletir sobre si mesmo e sobre a experiência.

14

FACETAS DA EXPERIÊNCIA MUSICAL

O propósito deste capítulo é descrever as variadas facetas da experiência musical e assim fornecer uma fundação para a prática musicoterápica. Os fundamentos da musicoterapia têm sido tradicionalmente vistos como evidências empíricas e teóricas demonstrando o potencial terapêutico da música. Tais evidências são normalmente encontradas na biologia, psicologia, sociologia e antropologia da música, tanto quanto na musicoterapia. Mais recentemente, os fundamentos têm sido encontrados no uso da música na vida cotidiana (DeNORA, 2000). O grupo de fundamentos apresentado aqui é orientado fenomenologicamente, tratando-se de descrições do que um indivíduo pode estar experimentando ao ouvir, recriar, improvisar e compor músicas.

Facetas Físicas

Audição

Ouvir música é uma experiência física. As vibrações e sons contidos na música entram em todas as partes do corpo de qualquer um em sua presença. Eles não apenas viajam do nosso ouvido ao nosso cérebro, onde são processados e transmitidos através de todo o sistema nervoso, mas também adentra via outros sentidos e pele para todos os ossos, tecidos, órgãos internos, músculos e assim por diante. As propriedades físicas das vibrações e dos sons (p.ex., freqüência, amplitude) e a forma como essas propriedades estão organizadas no tempo determinam como o corpo irá responder. Por exemplo, sons altos/intensos afetam o corpo de forma diferente dos sons baixos/suaves, e a forma na qual todos os sons estão temporalmente e ritmicamente configurados (ambos simultaneamente e sucessivamente) afeta a experiência física corporal deles, e as propriedades do estímulo da música afetam diretamente esta experiência.

Nossa experiência física de ouvir música é grandemente influenciada pela saúde e integridade de nossos corpos, isto é, nossa habilidade de assimilar, processar e responder diferencialmente às vibrações e aos sons. Da forma mais simples, o corpo deve estar estruturalmente "soando[9]" e desenvolvido suficientemente. Se uma parte do corpo é danificada ou está doente (p.ex., o ouvido, o cérebro, o coração), a experiência física de ouvir música será diferente de quando o corpo está saudável. Além disso, quando o corpo não está totalmente desenvolvido (p.ex., pré-natal, primeira infância), a experiência física será diferente de quando o corpo já está totalmente desenvolvido.

Ouvir é, muitas vezes, descrito como uma experiência receptiva ou mesmo passiva quando comparada à improvisação e à recriação musical. Alguns argumentam que o ato de ouvir dificilmente poderia ser considerado passivo, porque para retirar qualquer sentido da música é preciso envolver a mente e se sujeitar às emoções. Não obstante, é importante reconhecer que, a menos que se mova ou faça outras atividades enquanto se ouve música, a experiência de audição requer o mínimo esforço físico quando comparada com outros tipos de experiência musical.

As implicações da audição para a terapia são múltiplas. A música pode ser usada para excitar ou acalmar o sistema autônomo. Ela pode influenciar diretamente estruturas e funções corporais, tais como a freqüência cardíaca, a pressão sangüínea, respiração, atividade cerebral, tensão muscular, marcha, secreção hormonal, resposta imunológica, resposta galvânica da pele, temperatura, funções neurológicas, e assim por diante. Além disso, conforme tais estruturas e funções do corpo são alteradas, estados e processos psicológicos podem também ser alterados. Por exemplo, ouvir música pode influenciar níveis de consciência, tensão, ansiedade, relaxamento, dor e nível de energia. A audição musical pode também ser utilizada como um meio de *biofeedback*.

Improvisação

A improvisação musical envolve o corpo de muitas maneiras. Em improvisações vocais, o corpo da pessoa é o objeto produtor do som; ele cria vibrações, ressoa e dá a si mesmo retorno sensorial. Em improvisações instrumentais o corpo cria vibrações em objetos que ressoam e dão *feedback* sensorial ao corpo. Partes visíveis e invisíveis do corpo criam as vibrações ao manipular o instrumento de diferentes formas. Cada instrumento envolve diferentes partes do corpo, dependendo de como é empunhado, tocado, manipulado e soado. E, é claro, o uso de instrumentos envolve partes do corpo diferentes da vocalização.

Improvisar engaja os sentidos ativamente. Ao improvisar vocalmente, a pessoa recebe retorno cinestésico ao produzir os sons e retorno auditivo e cinestésico ao experimentá-los. Ao improvisar no instrumento, a pessoa vê e sente a forma e textura do instrumento, recebe retorno cinestésico ao manipulá-lo e ganha retorno cinestésico e auditivo das vibrações produzidas.

As facetas físicas da improvisação têm importantes implicações para a terapia. A improvisação permite ao improvisador utilizar várias partes de seu corpo em uma atividade relativamente livre que pode lhe dar o tempo extra necessário para controlar a forma como o corpo cria o som. A estimulação sensorial dada pela improvisação pode trazer gratificação física, prazer e uma muito bem-vinda liberação de energia física. Finalmente, a improvisação pode ajudar o improvisador a se relacionar fisicamente com outros e com o ambiente físico.

Recriação

Cantar ou tocar músicas compostas previamente envolve o corpo e os sentidos das mesmas formas que a improvisação. A principal diferença é o grau de demandas e estruturas físicas exigidas para se cantar ou tocar uma composição existente. Na improvisação não há modelo musical; o improvisador inventa a música a todo o momento e assim é capaz de adaptá-la de alguma forma de acordo com suas próprias capacidades físicas. Em contraste, ao recriar uma peça musical, o cantor ou instrumentista tem um modelo: é esperado que eles se encaixem nas estruturas e satisfaçam as demandas físicas construídas na

obra pelo compositor. Eles devem produzir as notas corretas no ritmo e andamento corretos e no timbre e dinâmica designados. Isto requer da pessoa que recria uma música que esta utilize e controle seu corpo de modo a produzir sons no modo e quantidade de tempo especificados pelo compositor. Músicos vocais e instrumentais não podem adaptar a composição para que se encaixe nas suas capacidades físicas; eles têm de desenvolver suas capacidades a fim de satisfazer as demandas físicas da composição.

Além da coordenação áudio-motora necessária para cantar ou tocar, recriar música também requer coordenação visual-motora. O cantor ou instrumentista geralmente tem que ler a notação musical e olhar para os outros músicos ou para o regente ao executar a música. Mais uma vez, o sincronismo (*timing*) é da maior importância para apresentar a música como pretendido.

Recriar música, então, é uma experiência ordenada pela habilidade, pelo comportamento e pelo tempo. Ao cantar ou tocar à primeira vista, a demanda da leitura e da implementação no andamento conforme o escrito é enorme. Assim, na maior parte do tempo, recriação musical requer prática e, assim, demanda autodisciplina e perseverança.

Dadas todas as questões envolvidas, cantar e tocar músicas já compostas pode ser usado terapeuticamente para estabelecer, manter e melhorar a capacidade de usar e controlar diferentes partes do corpo, para desenvolver e integrar habilidades sensório-motoras, para estruturar ou modificar o comportamento, para promover adequação temporal do comportamento, para construir autodisciplina e para ensinar como trabalhar com metas, perseverança e autoconfiança.

Composição

A composição também é física, na medida em que o compositor usa seu corpo para criar qualquer tipo de notação para os músicos seguirem e na medida em que o compositor experimenta tocar qualquer parte da composição. Assim, em comparação com qualquer forma de fazer musical ativo, a composição apresenta a menor demanda física.

Facetas Emocionais

Audição

Não obstante os debates teóricos sobre se e como a música expressa a emoção, nossa experiência cotidiana nos diz que ouvir música pode muitas vezes provocar uma ampla gama de sentimentos e memórias. Durante nossa vida, os sentimentos que experienciamos ao ouvir música nos dizem continuamente qual música se encaixa com a maneira como nos sentimos, qual música preferimos e qual música articula nossos valores e crenças. Como resultado, também desenvolvemos laços e associações muito fortes com algumas peças em particular ou estilos de música e/ou músicos. Eventualmente, desenvolvemos um repertório inteiro de músicas que testemunham nossas vidas, com algumas nos lembrando de eventos, pessoas ou estágios da vida significantes, e outras nos lembrando de nossas próprias lutas internas e triunfos com o passar dos anos. Dadas essas conexões profundas, ouvir música fornece acesso fácil a nosso mundo emocional e a nossos sentimentos, memórias e esperanças que temos

experimentado em nossas vidas. A música literalmente testemunha nossas vidas.

Improvisação

A improvisação fornece um meio propenso para alguém se expressar. Através dela, o improvisador pode externalizar impulsos, liberar energias físicas e emocionais e expressar sentimentos e emoções. Ela pode ser uma expressão sensório-motora que exponha o eu físico e as emoções contidas nele, ou pode ser uma expressão altamente abstrata de sentimentos que não podem ser expressados em palavras, assim como emoções suprimidas ou inconscientes que estão fora do campo de atenção do improvisador.

Devido a cada improvisação ser uma forma unicamente personalizada e auto-expressão, ela fornece meios propícios para reconhecer e então desenvolver a identidade de alguém.

> Como um indivíduo seleciona cada som, manipula cada elemento musical e organiza cada processo musical é uma manifestação inconfundível de sua singularidade. Esta singularidade é facilmente apreendida pelo improvisador por que a improvisação dá aos seus impulsos, idéias e sentimentos formas palpáveis, e traz o conteúdo de seu mundo subjetivo interno para a realidade externa. (BRUSCIA, 1987a, p. 561)

Improvisar pode ser uma forma estritamente não verbal de auto-expressão, ou pode envolver palavras no próprio improviso, quando ela representa a letra ou algum tipo de organização, ou depois da improvisação, quando o improvisador tem a oportunidade de refletir e verbalizar sobre a experiência. Assim, embora cada improvisação revele uma parte da identidade do improvisador, ela permite diferentes graus e tipos de auto-revelação. Isso é importante por que a improvisação pode expressar segredos, pensamentos e sentimentos escondidos sem na verdade revelá-los, ou então pode ajudálos a virem à luz.

Improvisar é uma forma de brincar (*play*). O improvisador é livre para seguir seus impulsos, enquanto desenvolve formas de contê-los, redirecionálos ou controlá-los, assim como uma criança faz em uma brincadeira de fazde-conta. Esse comando criativo da situação de brincadeira traz uma enorme sensação de prazer e gratificação. Existe uma tensão contínua entre explorar certas liberdades e sentir inevitavelmente a necessidade de certos limites e estruturas, ou, reciprocamente, brincar com certos limites e estruturas e sentir inevitavelmente a necessidade de certas liberdades.

> Estas explorações de liberdades e limites são em sua maioria divertidas por natureza. O processo vai da brincadeira com os instrumentos [ou voz] até que sons atraentes sejam produzidos, até brincar com os sons para que uma idéia envolvente seja encontrada, e então brinca-se com a idéia até que esteja bem formada e brinca-se com as formas até que uma nova forma seja descoberta. Enquanto isso, o improvisador está sempre brincando com o tempo, permitindo que ele controle os sons em determinado ponto e então deixando os sons tomarem o controle em outro momento. (BRUSCIA, 1987a, p. 565)

Improvisar é experimentar e, como tal, é um empreendimento de tentativa e erro que envolve um risco considerável. A cada momento, algo pode ir numa direção não desejada. Os sons podem ficar feios, as idéias, bobas, o instrumento pode falhar na produção do som apropriado, ou o improvisador pode não ter as habilidades técnicas necessárias para se alcançar o objetivo sonoro. O improvisador é constantemente confrontado com o risco de falhar e com os limites de suas capacidades. Além disso, sempre há o risco da falta de sentido – apesar de seus esforços intensos para organizar os sons e os elementos, a improvisação simplesmente não faz nenhum sentido para ele ou para os ouvintes.

> Assim que um som é feito, ele não pode ser retirado; ele pode ser transformado e formado apenas pelo que lhe segue. Seu significado não é automático; deve ser forjado a partir dele através da pura vontade, determinação e coragem do seu criador. O improvisador confronta continuamente o risco de seguir seu impulso, viver o momento, tomar responsabilidade e depender de sua experiência para alcançar a meta desejada. (BRUSCIA, 1987a, p. 567)

O ato do improviso nos firma no aqui e agora. Estes experimentos com o som são feitos em tempo real, enquanto a improvisação se desdobra momento a momento. O processo de tomada de decisão é extemporâneo; ele leva o tempo que o som conceder ao improvisador. Não há muito tempo para protelar ou se preocupar com o passado ou ainda esperar ociosamente pelo futuro.

Recriação

Cantar ou tocar uma peça pré-composta é encontrar-se em uma música "já dada". Embora os sons e sequências tenham sido prescritos pelo compositor, e apesar de estes sons e sequências fornecerem uma gama específica de significados e emoções, a tarefa do músico executante é personalizar os sons e dar sua própria interpretação de seus significados e emoções – tudo isso enquanto permanece nos limites dados pelo compositor. A peça torna-se um contêiner ou modelo, estipulando o que pode ou não ser soado ou expressado pelo músico. Assim, recriar música é uma luta inteiramente diferente entre liberdades e limites se comparada à improvisação. Os limites na recriação musical são mais rigorosos. De alguma forma, o músico deve trazer uma música já existente à vida, bem parecido com a forma como o ator traz uma peça à vida – através de nuance, intensidade, inflexão e sincronismo.

Cantar ou tocar é viver a música a cada instante, enquanto também a apresenta e compartilha com outros. Como com o ator e a peça de teatro, o músico assume a persona da música e então, através de processo de identificação e empatia, retrata como ele "seria" neste cenário. Como o compositor já especificou os sons e suas sequências, o músico executante tem apenas timbre, dinâmica, articulação e tempo para expressar sua própria interpretação.

Incrivelmente, não existem duas performances ou dois músicos iguais; eles são sempre manifestações únicas da música e do executor. A razão é dupla. Primeiro e mais importante, os sons são produzidos pelo corpo do músico e assim refletem as características únicas deste corpo. Assim como a voz de cada um é diferente, assim é o toque de cada um em dado instrumento. Depois, os significados e emoções expressas estão enraizadas na própria experiência de vida do músico. Ele está literalmente re-criando e interpretando a música com sua maneira própria e única. Assim, como com o improviso, a recriação musical constrói a identidade do músico.

Tocar para uma audiência traz à tona uma ampla gama de emoções para o músico. Em uma ponta do continuum está ansiedade e medo. A recriação musical traz tantos riscos como a improvisação. Vou esquecer uma nota? Vou estragar uma passagem? Vou esquecer onde estou? Na outra ponta está a autoconfiança, o antídoto contra ansiedade e medo. Sem a dose certa de autoconfiança um músico não deveria nunca se aventurar em cima de um palco para cantar ou tocar.

Composição

Compor é construir. O compositor constrói uma composição musical usando os sons como os materiais básicos. O desafio emocional não é meramente encontrar as melhores combinações e sequências para eles, mas também a construção de uma narrativa que os coloque em significativas combinações e sequências de *emoções*. O compositor está expressando e comentando em sons como a vida se desdobra – como idéias e sentimentos emergem, como se desenvolvem, como se tornam mais simples ou mais complicados, como retornam depois e como finalmente chegam a alguma conclusão. Neste sentido, um compositor é um arquiteto de emoções, expressadas em som.

Facetas Mentais

Audição

Quando ouvimos música intencionalmente, isto é, como o primeiro plano mais do que o pano de fundo de nossa consciência, esperamos que ela faça sentido. Nossas mentes esperam que haja uma sequência de sons, acordes e ritmos com sentido, e quando eles não são óbvios, invariavelmente tentamos encontrar ou criar algum tipo de significado. Assim, a audição demanda inevitavelmente a criação de sentido.

Encontrar ou criar significado em música depende de uma série de habilidades cognitivas perceptuais. Devemos ser capazes de identificar quando sons, combinações de sons e sequências de sons são os mesmos, similares ou diferentes, e devemos notar o que os torna assim. Temos de discernir relações de figura e fundo ocorrendo em sons simultâneos, e temos de discernir relações de parte e todo ocorrendo sucessivamente. Além disso, de forma a ter estas percepções e discriminações, devemos empregar diferentes tipos e níveis de processos de atenção e retenção.

Enquanto a audição musical demanda este nível de foco na atenção, ela muitas vezes leva o ouvinte a estados não ordinários de consciência. Quando isso acontece, a música permanece no primeiro plano e se torna uma experiência intensa e comovente, ou a música pode passar para o segundo plano e o ouvinte pode começar a mover sua consciência através de memórias, fantasias, imaginação metafórica, estados de nirvana ou experiências culminantes. Mais será dito sobre este tópico nas facetas espirituais.

Improvisação

A improvisação sempre exige a audição da música se revelando enquanto ela revela e relaciona a música

previamente improvisada com a música ainda por se revelar. Isto requer as mesmas atividades mentais descritas acima em audição, nomeadamente percepção, discriminação, conservação, diferenciação figura-fundo, concepção parte-todo e uma série de processos de atenção e retenção. Aqui, entretanto, existe o desafio adicional de realizar essas atividades enquanto também cria a música tocando ou cantando. Assim, uma demanda adicional da improvisação é monitorar e direcionar a atenção de um lado a outro entre ouvir e fazer, de um aspecto da música a outro, o eu e o outro, e passado, presente e futuro.

Desnecessário dizer, é impossível estar atento e monitorar cada aspecto da música ou situação a todo momento, tendo o improvisador em determinado momento que focar em algum aspecto da música ou situação que demande mais atenção para continuar, enquanto permite que outras coisas sigam no “automático” sem muita atenção; no momento seguinte, para a improvisação continuar significativa, o improvisador deve focar nos outros aspectos que exigem ou sugiram atenção. Assim, o improvisador deve decidir continuamente em que prestar atenção, o que deixar acontecer e quando mudar sua atenção – o que deve vir ou não à consciência e ao que se deve manter atento. “O processo requer vigília, atenção seletiva, amplitude de atenção e a habilidade de repelir distrações” (BRUSCIA, 1987a, p. 563).

Como com a audição, a qual pode facilmente absorver a atenção completa de alguém, as cada vez maiores demandas de atenção aqui podem levar a estados não ordinários de consciência. Isto acontece quando o improvisador encontra-se tão absorvido pela improvisação que as demandas da realidade aqui-e-agora começam a desvanecer enquanto ele é transportado para outros reinos.

Outro ramo de atividade mental são os aspectos simbólicos, metafóricos e representacionais da improvisação. Dada a natureza pessoal e singular da improvisação, algumas questões naturais surgem: O que sua improvisação significa? O que você estava tentando transmitir ou comunicar, sobre quem ou o quê?

Existem duas formas de discernir possíveis significados de uma improvisação. A primeira é discuti-los depois que a improvisação tiver acabado. Isto requer uma projeção verbal sobre a música. A segunda é criar uma improvisação para expressar uma obra, imagem ou letra em particular. Isto requer o inverso, projeção musical sobre ideias verbalizadas. Cada uma destas formas de criação de sentido requer diferentes habilidades verbais e não verbais.

Finalmente, a improvisação pode ser considerada um processo criativo de tomada de decisão. À medida que o improvisador cria e organiza os sons, melodias e ritmos começam a se formar e, enquanto isso, opções aparecem: Devo repetir a melodia ou o ritmo, vario um ou outro, ou mudo tudo? O improvisador literalmente deve imaginar as muitas opções possíveis que aparecem enquanto a música se desenrola, qual opção parece melhor, para onde ela vai levar e, por fim, para onde ela irá. Para descobrir, o improvisador deve tentar experimentá-las e ver como funcionam. E então o ciclo inteiro se repete: aqui é onde estou, aqui é onde eu devo ir, aqui é onde seria melhor ir e aqui é onde eu quero ir. A cada instante, a improvisação nos força a imaginar opções, experimentá-las, selecionar as melhores, desenvolvê-las por completo e então passar para o próximo desafio criativo.

O improvisador está, portanto, em um estado contínuo de escuta de si, monitoramento de si, ajuste de si. Assim como na recriação musical, a improvisação na música requer uma retroalimentação que garanta a autoconsciência musical.

Recriação

O primeiro desafio ao cantar ou tocar uma peça composta previamente é aprender a própria sequência de

sons que deverão ser feitos para se executar a peça. Na maioria das vezes, isto envolve ler algum tipo de notação musical (como ao aprender uma peça para piano), mas também pode incluir aprender a música de ouvido (como ao cantar por hábito) ou seguir pistas visuais (como ao tocar num coral de sinos). Para ler a notação deve-se aprender e memorizar seu sistema, p.ex., lembrar-se do que cada sinal ou símbolo indica e então produzir o som designado com a duração, dinâmica e timbre e especificados. Aprender de ouvido requer uma habilidade mnêmica auditiva considerável; tocar seguindo as deixas dos outros requer uma atenção aguçada e um rápido tempo de reação.

A prática é o segredo, e isso requer um estratagema. O cantor ou instrumentista deve desenvolver o plano mais efetivo para aprender e dominar a composição. Numerosas decisões estão envolvidas. Como a peça deve ser dividida em partes para fins de aprendizado e treinamento? Quais partes ou camadas devem ser aprendidas primeiramente? Algumas partes devem ser memorizadas imediatamente? Quais partes necessitam de prática repetitiva? E por aí vai.

Enquanto a reprodução fiel da pauta está sendo dominada, questões interpretativas e criativas aparecem. Quais são as diferentes formas que esta peça pode ser tocada ou cantada? Quais eram as intenções do autor sobre como ela deve ser tocada e interpretada? Como posso aprender sobre as intenções do compositor? E, por fim, como meu estilo, interpretação e preferências se encaixam com as intenções do compositor?

A recriação musical exige um auto-monitoramento cerrado. O executor deve empenhar-se continuamente ouvindo sua própria performance enquanto a executa. Uma retroalimentação está em ação contínua aqui, onde o músico ouve a si mesmo, compara o que ouve com um modelo auditivo internalizado e então se ajusta de acordo. O modelo que o músico escuta em sua cabeça pode ser o seu ideal do seu próprio som, assim como sua interpretação da composição e das intenções do compositor.

Dependendo do meio, a performance em si de uma peça pode exigir sua memorização. Fazer isso envolve encontrar todo tipo de padrões, relações e variações na música e então desenvolver diferentes estratégias mnemônicas para se lembrar deles.

Em última análise, aprender uma peça, praticá-la e tocá-la são as três formas de aprendizagem sobre como aprender e como se lembrar, e então auto-monitorar continuamente seu canto e seu toque para corresponder com os modelos internalizados da imaginação do músico. Recriação musical, então, envolve múltiplos desafios mentais.

Composição

Compor envolve todas as tomadas de decisão criativas que a improvisação envolve. O compositor seleciona um meio (i.e., a voz, um instrumento), seleciona um vocabulário sonoro, explora as opções do meio e do vocabulário, cria certas formas e sequências, avalia as opções escolhidas e então começa de novo explorando a miríade de opções de continuidade. A principal diferença é que a composição não exige a tomada de decisões extemporânea que a improvisação exige. O compositor pode levar o tempo que for necessário para deliberar e testar as diferentes opções antes de decidir o real conteúdo da música.

A composição também envolver todas as atividades mentais envolvidas na audição, mas a recíproca não é verdadeira. Quando ouvimos, buscamos identificar os diferentes padrões e relações presentes na música, ao passo que, ao compormos, temos que criar e imbuir a música com qualquer padrão e relação que consideramos que irá torná-la significativa. Ouvir é inferir conexões de sentido;

compor é criar estas conexões.

Facetas Relacionais

A música é uma arte relacional; é uma forma de comunicação interpessoal e sociocultural. O compositor comunica ao músico, que interage com outros músicos, que se comunicam aos ouvintes e entre si; de maneira similar, o improvisador interage com outros improvisadores de forma a se comunicar com os ouvintes, eles incluídos. Este processo em cadeia de comunicação musical forma uma parte integral da sociedade; de fato, a música é uma instituição social, e como tal serve a importantes funções sociais. O compositor vai até um editor que distribui e vende a partitura aos músicos; estes compram a música e formam grupos dedicados à sua performance e gravação. Os músicos e seus agentes planejam concertos e recitais, os quais se tornam eventos sociais repletos dos mais variados tipos de relações entre os músicos e a audiência. Educadores musicais ensinam em escolas para preparar músicos e audiências para assumir seus papéis com a música, enquanto musicoterapeutas usam a música para ajudar pessoas com problemas de saúde. Todas essas relações interpessoais e sociais tomam lugar dentro de um contexto cultural onde indivíduos compartilham crenças, valores, costumes e rituais que permitem às pessoas entender e apreciar a música que também compartilham. É a cultura que dá a todo o processo da transmissão da música sua significação estética e social.

Abrams (2012) afirma que “a música essencialmente compreende formas temporal-estéticas de ser-em-relação” (p.65). Assim, a música não é uma forma de ser em relação; ela compreende muitas formas, e todas elas são distintas pelo ser temporal-estético. Por exemplo:

A audição é uma forma temporal-estética de o ouvinte estar em relação com os compositores, músicos e outros ouvintes. Ouvir é viver nas ideias e sentimentos apresentados pelo compositor conforme interpretado pelo músico e compartilhado por outros ouvintes. Ambos músicos e ouvintes compartilham no aqui-e-agora o desdobrar-se da beleza e sentido apresentados pelo compositor para o seu deleite. Ao fazê-lo, os músicos e ouvintes estão em comunhão consigo mesmos e com sua comunidade, sociedade e cultura.

A composição é uma forma temporal-estética de o compositor estar em relação com o músico de forma a se comunicar com os ouvintes. Compor é criar uma narrativa de vida em som que possa ser experimentada e interpretada por outros. A narrativa de vida se desdobra em tempo musical e apresenta, esteticamente, formas de compartilhar a beleza e o sentido da vida. Ao fazê-lo, os músicos e ouvintes estão em comunhão com sua comunidade, sociedade e cultura.

A recriação musical é uma forma temporal-estética de o músico executante estar em relação com outros músicos, em uma interpretação conjunta trazendo vida à narrativa do compositor e compartilhando sua beleza e sentido com os ouvintes. A narrativa se desdobra na participação aqui-e-agora em um evento estético que traz os músicos e ouvintes à comunhão consigo mesmos e com sua comunidade, sociedade e cultura.

A improvisação é uma forma temporal-estética de se estar em relação com outros improvisadores ao criar extemporaneamente sua própria narrativa do aqui-e-agora e compartilhar sua beleza e sentido com ouvintes. Ao fazê-lo, os músicos e ouvintes estão em comunhão consigo mesmos e com sua comunidade, sociedade e cultura.

Tomando outro ponto de partida, Koelsch (2013) detalha sete das principais funções sociais da música. São elas:

1) Contato: O fazer musical traz as pessoas ao contato mútuo, o qual é uma necessidade humana básica;

2) Cognição Social: Ouvir música envolve “processos de atribuição de estado mental (‘mentalizar’ ou ‘adotar uma postura intencional’) na tentativa de calcular as intenções, desejos e crenças dos indivíduos que efetivamente criaram a música” (p. 205). Esta é outra forma de descrever a “forma temporal-estética de ser em relação”.

3) Co-patia. A música traz estados empáticos interindividuais ou compartilhados, os quais se intensificam mutuamente.

4) Comunicação: Esta já foi descrita acima; entretanto, Koelsch aponta que ela é particularmente importante para a regulação social e emocional e desenvolvimento dos lactentes e crianças mais novas.

5) Coordenação: Quando pessoas fazem música em conjunto, elas têm de organizar suas ações ao longo do tempo, em relação umas com as outras.

6) Cooperação: “Uma performance musical convincente só é possível se envolve a cooperação entre os músicos”, com respeito às metas e comportamentos grupais (p. 207).

7) Coesão Social: A música motiva os membros de um grupo a formarem relações interpessoais que durem, as quais não apenas satisfazem a necessidade básica humana de “pertencer”, mas também constroem a coesão social do grupo.

Facetas Espirituais

Não obstante o quão frequentemente ocorram, experiências musicais espirituais são difíceis de definir, induzir ou prever. Por sua própria natureza, elas frustram explicações em termos de causa e efeito. Muitas vezes acontecem espontaneamente e involuntariamente, e sua ocorrência nem sempre pode ser atribuída a um aspecto particular da música ou da experiência. Além disso, uma experiência espiritual que ocorra durante a audição não pode ser facilmente diferenciada de outra que ocorra durante uma performance. Uma experiência “culminante” é uma experiência limite, independente do tipo da experiência musical que a gerou. A partir do momento em que é difícil discutir as facetas espirituais da experiência musical nos termos dos quatro tipos de experiência musical, esta discussão continuará de acordo com a natureza da própria experiência espiritual.

As experiências musicais espirituais mais previsíveis ocorrem em cerimônias religiosas, onde a música, propositadamente composta para tal uso, é utilizada como uma parte intrínseca do ritual. Isso inclui hinos, missas com música, peças de coral e música de órgão. Muitas vezes, a música é escrita, executada e ouvida como um prece oferecida a Deus pelos membros da congregação, ou, inversamente, elas podem trazer consigo mensagens espirituais de Deus. A música pode também ser usada simbolicamente para transmitir um sentido ou significado espiritual especial, para descrever figuras santas ou partes de uma narrativa espiritual ou ainda para descrever rituais. A congregação pode ouvir a música executada por músicos ou pode participar do fazer musical, normalmente através do canto. Músicas diferentes são normalmente utilizadas para funções religiosas diferentes (p.ex., funerais, casamentos, batismos, feriados). Experiências espirituais são engendradas pela música durante a cerimonia, e então, por associação, todas as vezes posteriores em que a mesma música, ou estilo de música, for experimentada em outras situações. Em um ambiente religioso, então, a música engendra experiências espirituais através de mensagens embutidas na própria música, em seu sentido simbólico,

em seu papel ritual e nas associações com a música feitas pelos participantes depois de repetidas experiências com ela.

A música tem a habilidade inata de induzir qualquer um em sua presença a estados alterados ou não ordinários de consciência. Ela tem o poder de nos tirar do imediatismo do aqui-e-agora e nos transportar para outros reinos de existência ou consciência, seja ao escutar ou fazer música. Por essa razão, a música pode ser usada para melhorar a meditação e o relaxamento, e para melhorar e elevar a imaginação. Algumas vezes, estes estados de consciência alterados ou não ordinários são, eles próprios, experiências espirituais, e podem dar acesso a outras formas de experiências espirituais.

Existem muitas formas ou tipos de experiências espirituais, diversamente denominadas e definidas como experiências culminantes, transpessoais ou transcendentes. Estas experiências podem envolver muitos fenômenos diferentes, mas não são facilmente diferenciáveis a partir deles. Tais fenômenos podem incluir:

- Eexperiências de beleza profunda ou exaltação estética;
- Ssentimento de felicidade absoluta, êxtase ou estado de nirvana; emoções positivas profundamente sentidas;
- Experiências sensoriais intensas ou profundas (p.ex., luz, som, temperatura, toque, etc.);
- Encontros com entidades especiais onde a pessoa interage ou se comunica com seu eu superior, consigo em uma vida passada, entes queridos falecidos, figuras arquetípicas, entidades divinas e assim por diante;
- Experiências de iluminação ou sabedoria interior;
- Transformações da identidade;
- Experiências unitivas nas quais a pessoa perde as fronteiras do eu, transcende a si mesma, e se mescla ou se torna una com a música, consigo mesma, com seus cônjuges, comunidade, cultura, natureza, o universo ou toda a humanidade;
- Transcendência da realidade pessoal ou cotidiana e uma nova consciência de uma realidade mais ampla e profunda;
- Cura ou transformação do sofrimento; e
- Intensas experiências de campos de energia e transformações lá dentro.

Conclusão

Analisar o que está envolvido em cada tipo de experiência musical pode fornecer a fundação básica para a prática musicoterápica. Como mostrado no capítulo anterior, as metas terapêuticas mais apropriadas para cada tipo de experiência são derivadas de um astuto entendimento do que cada experiência musical realmente envolve – fisicamente, emocionalmente, mentalmente, relacionalmente e espiritualmente – e, ainda mais importante, como as experiências musicais se sobrepõem e diferem no que envolvem. Por exemplo, todas as experiências musicais envolvem o corpo de alguma forma, mas se formos mais fundo na análise de cada uma delas podemos ver que a audição tem potenciais terapêuticos para o corpo diferentes da improvisação, recriação e composição; além disso, alguns tipos de experiência são, por sua

própria natureza, mais demandantes que outras. Assim, um musicoterapeuta deve selecionar e planejar a experiência musical de forma que ela se relacione com a necessidade do cliente, por sua própria natureza. Em resumo, cada faceta de cada experiência musical pode ser uma indicação ou contraindicação ao se formular metas que se encaixem com as necessidades e capacidades dos clientes.

Dois Exemplos

As facetas de cada tipo de experiência musical são numerosas demais para serem listadas de forma compreensível neste capítulo, e os potenciais terapêuticos gerados por essas facetas são igualmente muito complexos para se detalhar nos confins deste livro. Não obstante, é importante ter alguns exemplos de como esta forma de pensar – combinar a natureza da experiência musical com as necessidades e capacidades do cliente – pode servir de fundamento para a prática e, mais especificamente, para a implementação de um plano terapêutico efetivo.

Liberdade versus Limites

Toda experiência musical fornece oportunidades para explorar a tensão inerente à vida entre ser livre e ser limitado, controlado ou estruturado de alguma forma. De maneira similar, clientes entram na terapia com diferentes necessidades e preferências por liberdade e limites. Assim, devemos atentar para essas preocupações.

Ao ouvirmos música, podemos deixar nossa consciência e imaginação responder livremente à música, algumas vezes mesmo permitindo a elas que se afastem ou se oponham à música; por outro lado, a música continua inexoravelmente, e mais cedo ou mais tarde ela vai acenar e mesmo exigir nossa atenção. Assim, enquanto a música pode limitar o ouvinte por continuamente trazê-lo de volta para o aqui-e-agora e para o que quer que emerja com ela, o ouvinte é livre para ignorá-la na medida do possível. O ouvinte pode se render ou não à música e às suas influências.

Quando improvisamos, somos livres para termos estruturas ou não, e, se as temos, somos livres para criar as nossas; por outro lado, mais cedo ou mais tarde nos cansaremos da imprevisibilidade da falta de estrutura e sentiremos a necessidade de organizar e pôr limites nos sons que criamos. Assim, o improvisador pode exercitar o autocontrole sempre que ele ou ela sentir a necessidade e então aplicá-lo de sua própria maneira.

Quando improvisamos com outros, entretanto, temos de negociar o quanto de estrutura teremos, assim como quem determinará e controlará essa estrutura. O improvisador pode ou não se render a sua própria necessidade de estrutura como evidenciado no desenrolar da música e ele pode ou não se render às demandas por estrutura de seus co-improvisadores.

Quando tocamos ou cantamos, estamos livres para usar nossos corpos da forma mais confortável e efetiva para produzir o som desejado; entretanto, o som deve seguir as especificações da composição e do compositor. Enquanto executantes, estamos livres para selecionar o timbre, a dinâmica e o tempo para criarmos nossa própria interpretação da peça, mas esta deve ser consistente com as intenções do compositor e com as indicações específicas fornecidas na composição. Assim, o músico está limitado pelo o que dita o compositor, uma pessoa invisível, que vê e ouve o mundo de uma forma que pode ser consistente ou não com a forma deste músico. Ele ousará interpretar a composição de sua própria forma,

independente da intenção do compositor? Quando tocamos com outros, temos de negociar e acordar sobre nossa interpretação da intenção do compositor. O músico pode se render ou não às demandas do compositor ou dos outros músicos.

Ao compormos, somos livres para selecionar e organizar qualquer som que queremos e podemos sequenciá-lo da forma que quisermos, e, diferente do improvisador que trabalha de maneira extemporânea, podemos levar o tempo que for necessário para tomar essas decisões; por outro lado, não podemos controlar a forma como os músicos cantarão, tocarão ou interpretarão nossas composições, e não podemos controlar a maneira como as audiências responderão a elas. Aqui o compositor está limitado pelas intenções e limitações dos outros, em sua maioria desconhecidas para ele, seja para seguir, ignorar ou denegrir seus ditames. O compositor pode se render ou não às demandas dos músicos e dos ouvintes.

Auto-Monitoramento

Improvisar e recriar envolve ouvir ou assimilar os sons que fazemos, enquanto os fazemos. Compor envolve ouvir a composição na própria cabeça enquanto a compõe, muitas vezes antes de estar propriamente registrada. Uma vez que tenha sido reproduzida, o compositor deve ouvi-la para determinar se a composição foi escrita e executada da forma que foi originalmente imaginada e ouvida.

Assim, podemos dizer que todo fazer musical envolve um tipo de retroalimentação, onde o músico deve se auto-monitar continuamente para saber se os sons sendo feitos ou registrados combinam com o que foi desejado, intencionado ou escrito. Este auto-monitoramento envolve comparar a própria música com diferentes modelos, do mesmo compositor ou de outros. Por exemplo, o improvisador e o compositor comparam sua música com seus modelos da forma como os escutam; o músico compara sua música com seu próprio modelo de como ele ouve o modelo do compositor.

Em resumo, cada tipo de experiência musical envolve automonitoramento. Este auto-monitoramento envolve uma comparação contínua de seus próprios sons com um modelo, e uma contínua comparação do som verdadeiro com o som imaginado. O que difere entre uma experiência musical e outra (p.ex., improvisação, recriação) é em que momento estas comparações são feitas (antes, durante ou depois da produção dos sons), e de quem é o modelo sonoro que está sendo produzido.

15

RELAÇÕES

Até agora, examinamos apenas como a experiência musical pode por si só contribuir para o processo terapêutico. Os dois capítulos seguintes tratam como essas experiências envolvem ou levam à formação de novas relações que possuem seu próprio papel e potencial terapêutico. Assim, tanto a música quanto as relações são partes integrantes e interdependentes do processo da musicoterapia.

As relações que emergem na musicoterapia são multifacetadas. Experiências musicais podem ser projetadas para destacar as relações entre partes de uma pessoa, entre uma ou mais pessoas, entre uma pessoa e seu ambiente físico ou sociocultural, entre uma pessoa e um objeto, ou entre objetos. Na música, essas relações podem ser manifestadas e experimentadas fisicamente, musicalmente, mentalmente, através do comportamento, socialmente ou espiritualmente. Assim, por exemplo, as experiências musicais podem ser projetadas para explorar as relações entre dois sentimentos opostos do cliente, entre diferentes partes do corpo do cliente, ou entre a música do cliente e seus sentimentos referentes a pessoas significativas. Ou, a experiência musical pode ser utilizada para explorar as relações entre os sentimentos do cliente e do terapeuta, entre a música do cliente e do terapeuta, entre os pensamentos do cliente e os sentimentos de outro cliente ou outro significativo, ou entre as ideias e sentimentos do cliente e os que prevalecem em seu ambiente sociocultural.

A proposta deste capítulo é categorizar e descrever as infinitas relações que podem ser formadas na prática da musicoterapia. Mais tarde, no próximo capítulo, iremos focar mais especificamente nas relações formadas quando o cliente e terapeutas trabalham juntos em uma sessão.

Relações Intramusicais

São aquelas formadas quando uma pessoa produz ou escuta uma música. Elas consistem na relação ouvida e formada pela pessoa entre sons, elementos e partes próprias da música, assim como as variadas facetas da experiência do indivíduo. Por exemplo, fazer música é criar uma relação entre a dinâmica e o timbre, ou dois ritmos, ou melodia e harmonia, ou entre uma seção e outra. Ouvir uma música é perceber e apreciar estas mesmas relações no trabalho musical que está sendo ouvido. Veja a Tabela 15-1 no final deste capítulo. Nela é possível ver exemplos de onde as relações podem ser formadas na música de uma pessoa e como é experimentada. É claro, existem muitas outras relações que podem ser formadas. As relações mostradas na tabela oferecem apenas um breve exemplo de possibilidades.

Cada experiência musical forma um todo integrado ou gestalt, onde todos os elementos e partes são interdependentes ou até mesmo inseparáveis. Por exemplo, o timbre afeta e é afetado pelo volume,

ambos estando sob o controle da voz ou do instrumento; a melodia afeta e é afetada pela harmonia, ambas organizadas pela textura e frase. Assim, a relação intramusical de alguém afeta e é afetada por outra relação intramusical, e desta forma quando alguém forma uma relação entre quaisquer dois elementos ou partes, as relações entre outros elementos e partes são moldados de acordo. Isto é extremamente significante. Considere a ideia de que modificar um aspecto da canção de um indivíduo ou sua experiência musical pode levar a outras transformações, que pode levar a outras.

Como uma experiência musical se desenrola com o tempo, as relações intramusicais se formam , dissolvem ou se alteram continuamente, portanto é importante lembrar que as relações intramusicais estão, pela sua natureza em constante evolução, momento a momento. A própria evolução da experiência musical pode ser descrita como uma evolução e desenvolvimento das relações intramusicais entre a música e a criação ou escuta desta pelo indivíduo.

Apesar das relações intramusicais serem constantemente modificadas inesperadamente, cada indivíduo vem à terapia com uma tendência em criar ou ouvir certos tipos de relações intramusicais e não outras. Por exemplo, ao improvisar, o cliente pode ter a tendências em associar um timbre (ex. bateria) a um único nível de volume (ex. alto), mas não tem a tendência em associar uma melodia a uma modalidade ou tonalidade. No entanto, quando se ouve, o mesmo cliente vai perceber diferentes associações entre timbre e volume e insistir que cada melodia possui sua própria tonalidade.

A natureza temporária versus mais duradoura das relações intramusicais é similar à distinção feita entre estado e traço. Um estado varia de acordo com as circunstâncias imediatas, com apenas certas propriedades permanecendo as mesmas ao longo das circunstâncias, dependendo do indivíduo. Um traço é um padrão mais duradouro da experiência com certas propriedades que não variam de acordo com a circunstância. Assim, um estado é relacionado mais ao momento que à pessoa e o traço é mais relacionado com a pessoa que ao momento. Em resumo, existem estados de relações intramusicais e traços de relações intramusicais.

As relações intramusicais também variam de acordo com o tipo de experiência musical. A improvisação implica e destaca diferentes relações intramusicais se comparada à composição, assim como cantar implica relações diferentes de tocar um instrumento ou escutar música. Além disso, cada experiência pode ser esboçada para amplificar uma relação em particular. Por exemplo, experiências auditivas podem trazer maior consciência de certas relações intramusicais que a improvisação; mais ainda, ambas as experiências de escuta e improvisação podem ser desenhadas para aumentar a proeminência de certa relação. As implicações são que as experiências musicais podem ser especialmente selecionadas para apoiar ou expandir as relações intramusicais que um cliente tenda a usar ou escutar, o que, por sua vez leva a transformações em outras relações intramusicais.

Abordagens na musicoterapia que enfatizam a centralidade da música como o agente ou o meio da mudança do cliente (ex. abordagens centradas na música) dependem fortemente da interdependência das relações intramusicais na música e experiência musical do cliente e da probabilidade de transformações nessas relações constituírem ou levarem a transformações terapêuticas.

Relações Intermusicais

Relações intermusicias são aquelas formadas quando duas ou mais pessoas fazem ou escutam uma música juntas. Essas relações ocorrem entre os sons musicais de um indivíduo, elementos, e partes destes e os de outra pessoa (s). A possibilidade de formar e ouvir relações intermusicais são as mesmas das relações

intramusicias; similarmente, não estão limitadas àquelas listadas. A tabela 15-2 no final deste capítulo oferece alguns exemplos.

Como na relação intramusical, as relações intermusicais são temporárias e duradouras. Algumas relações intermusicais emergem em um momento espontaneamente, acidentalmente ou automaticamente, enquanto outras tendem a persistir, independentemente das circunstâncias em curso. Pode-se dizer que há estados intermusicais e traços ou padrões intermusicais.

As relações intermusicais afetam e são afetadas pelas relações intramusicais dentro da música de cada pessoa e pelas relações interpessoais entre os participantes. Ou seja, quando uma pessoa modifica a conexão entre o tempo e ritmo em sua própria música, a transformação promove uma oportunidade para outra pessoa modificar sua música consequentemente e então continuar na mesma relação intermusical, ou promove uma oportunidade para que a outra pessoa resista à transformação e evite qualquer relação deste tipo. Por outro lado, se os criadores da música modificarem sua relação intermusical e / ou relação interpessoal, suas relações intramusicais também podem mudar.

Relações Intrapessoais

Relações intrapessoais são aquelas encontradas dentro da pessoa individualmente. Isto pode incluir relações entre os elementos constituintes do próprio indivíduo (ex. corpo-mente; sentimento-sentimento, o eu público – eu privado) assim como as relações entre os elementos e o todo do indivíduo, ou as relações entre um aspecto do indivíduo e de todo o indivíduo (sentimento- eu, traço-personalidade, música-eu). A Tabela 15-3 no final deste capítulo dá exemplos de tais aspectos de uma pessoa (ou seu eu) que podem estar ligados ou relacionados com um outro.

As relações intrapessoais variam consideravelmente de acordo com a orientação teórica. Por exemplo, em uma orientação psicodinâmica, as relações intrapessoais seriam consideradas entre o ego e o id, o id e superego, ou entre resistências e defesas. Em uma orientação médica, pode-se considerar as relações entre doenças anteriores e atuais, diferentes medicações tomadas, os sintomas versus energia., idade e prognóstico, e assim por diante. As possibilidades dependem também da necessidade do cliente. Para alguns clientes, as relações entre corpo e mente são importantes; para outros, emoções e comportamentos ou diferentes sentimentos sobre uma pessoa possuem maior relevância. O método da terapia também oferece diferentes possibilidades. Por exemplo, em Imagens Guiadas e Música (GIM), as relações de maior importância devem ser entre diferentes imagens que uma pessoa possui, ou entre suas imagens e situações do cotidiano, ou entre suas imagens e sentimentos, ou entre seus sentimentos e a música. Por outro lado, em uma terapia de improvisação, a relação entre a música do individuo e suas habilidades, perícia, e traços da personalidade pode ser mais relevante. A tabela 15-3 mostra aspectos de um indivíduo que podem ser associados com outros em uma terapia. Todas essas relações podem se categorizadas comor intrapessoais.

É importante notar que em um setting musicoterápico, as relações intrapessoais incluem aquelas entre o próprio eu e seu relacionamento com a música, como descrito a seguir. Portanto, as dimensões mostradas na Tabela 15-3 podem ser associadas com qualquer dimensão na Tabela 15-5. Todas essas conexões seriam intrapessoais em sua natureza.

Relações Interpessoais

Relações interpessoais são aquelas formadas entre uma pessoa e outra ou entre pessoas em uma família, grupo ou comunidade. Essas relações não estão dentro da esfera musical. As relações interpessoais mais importantes na terapia são entre o terapeuta e o cliente, entre o cliente e outros clientes, participantes ou grupo. A Tabela 15-4 mostra as dimensões que podem formar uma ligação ou um conflito entre duas ou mais pessoas. Estas são as mesmas que aquelas mostradas acima nas relações intrapessoais e, de forma semelhante, elas não se limitam aos listados.

Relações Pessoais com a Música

Todo ser humano possui uma relação pessoal com a música. Esta relação é composta de várias maneiras duradouras em que uma pessoa participa, gosta e valoriza vários tipos de experiências musicais, tanto no passado quanto no presente. Uma relação pessoal com a música é única e dinâmica, e continua a desenvolver e mudar ao longo da vida. As dimensões desta relação podem incluir, mas não estão limitadas, àquelas mostradas na Tabela 15-5.

Relações Ecológicas

Relações ecológicas são aquelas existentes entre um indivíduo e as várias situações, contextos, estruturas, valores e ambientes em que vive. Exemplos incluem relações entre um indivíduo e a comunidade e cultura em que vive, ou entre um indivíduo e sua herança étnica, ou entre um indivíduo e atitudes sociais acerca de raça, gênero ou orientação sexual. Elas também podem incluir relações existentes dentro do próprio ecossistema, por exemplo, entre sistema de saúde e leis, entre a herança musical ou etnicidade de uma pessoa ou entre atitudes sobre raça e da região onde se vive. Às vezes essas relações são denominadas “contextuais”, e às vezes são chamadas de “contextualização”[10].

Para fins de discussão, existem duas categorias principais de relações ecológicas – socioculturais e ambientais. Relações socioculturais são aquelas existentes ou formadas entre individuais grupos sociais , estruturas civis ou organizações formadas por pessoas e para pessoas. Relações ambientais são aquelas encontradas entre o individuo e os vários ambientes físicos e naturais em que ele vive.

São muitas as entidades que compõem ecossistema de uma pessoa. A Tabela 15-6 mostra algumas delas, mas certamente não todas as possibilidades. O posicionamento e tamanho das várias entidades não têm nenhum significado particular, já que, a qualquer momento na vida de uma pessoa, uma parte do ecossistema pode interferir mais em uma pessoa do que em outra. Observe também que “ambientes físicos” é uma categoria muito mais ampla do que o indicado na tabela.

É importante perceber que as relações ecológicas são onipresentes. Elas já existem para cada cliente ao iniciar a terapia e, portanto devem ser consideradas pelo terapeuta desde o inicio. Elas formam a base para todas as outras relações a serem desenvolvidas entre os participantes no processo da terapia.

O terapeuta é o principal responsável em garantir que os contextos ecológicos pertinentes sejam considerados em todas as interações que ocorrem dentro do ambiente de terapia. O terapeuta tem que reconhecer, entender e respeitar os contextos socioculturais e ambientais em que o cliente e todos os outros participantes vivem, enquanto que ao mesmo tempo reconhece como seus próprios contextos ecológicos podem influenciar ou ser influenciados pelas interações e relações que se desenvolvem ao longo do processo terapêutico.

Ao mesmo tempo, as relações entre os fatores individuais, sócioculturais e ambientais podem evoluir e mudar durante o processo de terapia, ou como resultado deste. Estas não são relações imutáveis, estáticas; ao contrário, eles estão continuamente em desenvolvimento. A implicação aqui é que as relações socioculturais e ambientais estabelecem as condições e o impulso para a transformação terapêutica em outros tipos de relações, e elas também podem ser um dos alvos da transformação terapêutica. Assim, por exemplo, a relação que um cliente tem com a sua comunidade pode estabelecer as condições e o impulso para mudar as relações interpessoais com outros membros do grupo da terapia ou com outros grupos significativos. De modo recíproco, as relações interpessoais do cliente com o grupo ou com outros grupos significativos podem dar o impulso para mudar as relações do cliente com sua comunidade. Mas isso será discutido no próximo capítulo.

Considerações Finais

Descrever as relações envolvidas na musicoterapia é inevitavelmente complicado, e a nomenclatura pode tornar as relações mais confusas do que realmente são. Às vezes, essas complicações são o resultado das diferentes maneiras em que as relações foram descritas, e às vezes elas resultam do observador simplesmente estar muito perto delas para vê-las claramente.

As relações próprias do fazer ou ouvir música são muito parecidas com àquelas envolvidas em um jogo de xadrez. Cada jogador possui sua própria competência e estilo, no entanto, cada jogador deve responder aos movimentos do outro jogador caso o jogo continue. Quanto mais uma pessoa joga ou estuda xadrez, mais ela desenvolve estratégias para lidar com as diferentes situações do tabuleiro. No entanto, a forma como cada jogador entende e responde às peças do tabuleiro depende não só da relação entre as peças, mas também de acordo com suas próprias experiências no xadrez e situações de vida semelhantes e de acordo com as características demonstradas pelo outro jogador. Quando dois jogadores jogam várias vezes, eles começam a entender as estratégias e estilo de cada um como jogadores de xadrez. E é interagindo através das peças do tabuleiro, que são susceptíveis a desenvolver um relacionamento pessoal onde entendem como o outro tende a responder, não só no jogo de xadrez, mas também em situações semelhantes da vida.

Tabela 15-1: Exemplos de Relações Intramusicais

Corpo↔Corpo : Como uma parte do corpo se relaciona com outra ao cantar, tocar ou ouvir um instrumento.

Corpo↔Meio: Como o corpo se relaciona ao uso ou à escuta da voz versus instrumentos

Corpo↔Som: Como o corpo se relaciona com o timbre e volumes produzidos ou ouvidos

Som↔Meio: Como o timbre e o volume se relacionam com o uso ou a escuta da voz versus diferentes instrumentos

Som↔Som: Como diferentes timbres e volumes estão relacionados simultaneamente e sequencialmente quando produzidos ou ouvidos.

Meio↔Meio: Como o canto de alguém é comparado ao seu toque em um instrumento, e como que sua escuta da voz se compara à escuta de instrumentos.

Elemento↔Elemento: Como um ritmo, melodia ou harmonia se relaciona simultaneamente ou

sequencialmente com outro na música que está sendo criada ou ouvida.

Textura↔Textura: Como o papel assumido por uma parte ou linha da textura musical (Ex., líder, seguidor, solista, acompanhante) se relaciona com o papel de outras partes ou linhas simultâneas ou seqüenciais

Estrutura↔Estrutura: Como uma frase, tema ou seção se relaciona sequencialmente com outra.

Estrutura↔Elemento Como uma frase, tema ou seção se relaciona com um ritmo, melodia ou harmonia em particular

Estrutura↔Textura: Como uma frase, tema ou seção se relaciona com uma textura particular.

Processo↔Processo: Como o processo de criação e o processo de audição se relacionam mutuamente.

Processo↔Textura: Como o processo de criação e o processo de audição se relacionam com uma frase, tema ou seção em particular.

Trabalho↔Trabalho: Como uma composição, performance ou improvisação criada ou ouvida se relaciona com outra.

Trabalho↔Processo: Como um trabalho musical particular se relaciona com um processo particular de criação ou ouvir música.

Trabalho↔Referência: Como uma composição, performance, ou improvisação se relaciona ou se refere com algo fora da música (ex., letras, programa, título, imagem)

Experiência↔Experiência: Como uma experiência musica se relaciona com outra; como uma reação ou resposta à música se relaciona com outra.

Trabalho↔Experiência: Como um trabalho musical se relaciona com uma experiência, resposta ou reação particular.

Tabela 15-2: Exemplos de Relações Intermusicais

Corpo↔Corpo: Como partes do corpo de uma pessoa se relacionam com partes de corpo de outra ao cantar, ouvir ou tocar um instrumento.

Som↔Som: Como os timbres e volumes criados ou ouvidos por uma pessoa se relacionam com os de outra pessoa.

Elemento↔Elemento: Como o ritmo, melodia ou harmonia criados por uma pessoa se relacionam com os de outra pessoa.

Textura↔Textura: Como o papel assumido ou ouvido por uma pessoa (p.ex., condutor, seguidor, solista, acompanhante) se relaciona com o papel de outra pessoa.

Estrutura↔Estrutura: Como uma frase, tema ou seção criada ou ouvida por uma pessoa se relaciona com as de outra pessoa.

Processo↔Processo: Como o processo de criação ou ouvir música de uma pessoa se relaciona com o de outra pessoa.

Trabalho↔Trabalho: Como a composição, performance ou improvisação de uma pessoa se relaciona com os de outra pessoa.

Referência↔Referência: Como as letras, programa, título ou imagem da criação ou ouvir música de uma

pessoa se relaciona com os de outra.

Experiência ↔ Experiência: Como a experiência musical de uma pessoa se relaciona com a experiência musical de outra.

Tabela 15-3: Exemplos de Relações Intrapessoais

Memórias, imagens, sonhos↔Pensamentos, construções
↕ ↕
Crenças, valores, opiniões↔Comportamentos, hábitos, traços
↕ ↕
Emoções, sentimentos↔Problemas, necessidades, recursos
↕ ↕
Saúde Física e mental↔mente, corpo e espírito
↕ ↕
Experiência e eventos da vida↔Outro significativo
↕ ↕
Vida musical↔Herança musical

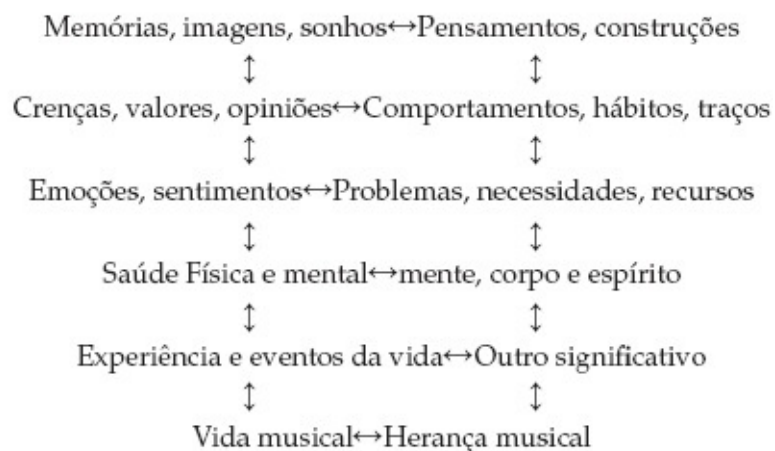



Tabela 15-4: Exemplos de relações Interpessoais

PESSOA A ↔ Memórias, imagens, sonhos ↔ PESSOA B
↕
PESSOA A ↔ Pensamentos, idéias e construções ↔ PESSOA B
↕
PESSOA A ↔ Crenças, valores, opiniões ↔ PESSOA B
↕
PESSOA A ↔ Comportamentos, hábitos e traços ↔ PESSOA B
↕
PESSOA A ↔ Emoções, sentimentos ↔ PESSOA B
↕
PESSOA A ↔ Problemas, necessidades, recursos ↔ PESSOA B
↕
PESSOA A ↔ Saúde Física e mental ↔ PESSOA B
↕
PESSOA A ↔ mente, corpo e espírito ↔ PESSOA B
↕
PESSOA A ↔ Experiência e eventos da vida ↔ PESSOA B
↕
PESSOA A ↔ Cônjuges ↔ PESSOA B
↕
PESSOA A ↔ Vida musical ↔ PESSOA B

Tabela 15-5: Dimensões de Uma Relação Pessoal Com A Música

Aspiração: se a pessoa exerce a música para fins profissionais ou não profissionais; a medida em que a

pessoa gosta de atividades musicais;

Estudos: se a pessoa estudou música sozinha, na escola, ou profissionalmente;

Envolvimento: quantas vezes a pessoa se envolve em ouvir ou cantar uma música, tocar um instrumento, improvisar, ou compor, tanto atualmente como previamente.

Proficiência: se a pessoa canta ou toca um instrumento, e quão bem o faz; como a pessoa ouve uma música de forma perceptível.

Autoconfiança: se a pessoa se sente confiante em suas habilidades e talentos musicais; se a pessoa tem o orgulho de suas realizações musicais.

Significado pessoal: a medida que a música satisfaz necessidades estéticas, psicológicas, recreativas, e/ou sociais;

Memórias: eventos musicais ou experiências no passado que são lembrados como significativos.

Fundo musical familiar: quais talentos musicais estão no fundo genético da pessoa; atitudes e valores de cônjuges perante a música; atividades musicais e talentos de parentes; tradições musicais da família; relações com parentes construídas em torno de música; e os papéis musicais tomados por vários membros da família.

Motivadores: outros significativos, professores e / ou músicos profissionais que são modelos musicais, ou que incentivem e apóiem atividades musicais da pessoa.

Participação musical na Comunidade: se a pessoa pertence a coros, bandas, ou qualquer tipo de grupo musical na comunidade ou na igreja.

Aversões musicais; se há qualquer tipo de música ou de experiências musicais que a pessoa não gosta ou tem reações físicas ou psicológicas adversas a estas.

Preferências: o que a pessoa gosta e não gosta nas várias atividades musicais, gêneros, estilos, instrumentos, compositores, artistas e repertório; atividades musicais favoritas e menos favoritas.

Obras favoritas: músicas ou peças que têm importância ou significado especial; obras musicais que são especialmente admirados, ou apreciados.

Tabela 15-6: Exemplos de Relações Ecológicas

16

RELAÇÕES PRÉVIAS E CONSTRUÍDAS

No contexto desta definição, "relações prévias e construídas" referem-se (1) às relações que o cliente e o terapeuta já possuem antes de iniciar a terapia, (2) às relações inerentes à música ou experiência musical, e (3) àquelas que são propositadamente formadas para fins terapêuticos dentro do processo. Tanto o cliente quanto o terapeuta iniciam a terapia com certas relações intrapessoais, interpessoais e ambientais já formadas, e em conseqüência desta interação no processo terapêutico, novas relações nestas áreas são formadas. Da mesma forma, o cliente e o terapeuta iniciam a terapia com suas próprias relações pessoais com a música, e em consequência desta interação mútua, criam novas relações intramusical e intermusical. Por fim, cada experiência musical já exige ou destaca certas relações, e no processo terapêutico, cliente e terapeuta reconfiguram e remodelar a experiência para criar novas relações.

O capítulo anterior descreveu as várias categorias de relações que podem ser formadas na musicoterapia; o objetivo deste capítulo é examinar específicas relações que são formadas e exploradas intencionalmente como parte integral do processo terapêutico. Estas incluem a constelação clientemúsica, que está situada na ecologia do cliente, a constelação terapeutamúsica, situada na ecologia do terapeuta, a constelação cliente-musicoterapeuta que surge em uma ecologia compartilhada, e a constelação cliente-musicoterapeuta-outro, também criada em uma ecologia compartilhada.

Constelação Cliente-Música

A premissa básica da musicoterapia é que cada cliente já possui uma prévia relação pessoal com a música ao adentrar a sala de terapia, independente de quaisquer limitações que o cliente possa ter. É importante reconhecer que os clientes variam muito em talento musical, habilidade e competência, e que suas realizações musicais variam de forma semelhante no quesito técnico e artístico. Em uma perspectiva terapêutica, o potencial único de cada cliente em engajar-se em experiências musicais consideradas bem sucedidas, agradáveis e realizadoras por ele é de extrema importância.

Esta relação da pessoa com a música é a base e p vetor para as relações intrapessoais e interpessoais do cliente. Por outro lado, a vida musical do cliente, tanto no passado quanto no presente, é parte de sua vida pessoal e interpessoal. Colocado de outro modo, a vida musical do cliente, tanto do passado quanto do presente, faz parte de sua vida pessoal e interpessoal. Além disso, seus envolvimentos passados e presentes com a música são associados a eventos, circunstâncias, pessoas, relações, sentimentos, etc. Por exemplo, as músicas podem estar associadas a pessoas ou acontecimentos da vida de um indivíduo, tocar um instrumento pode ser associado a estar em uma banda da escola ou orquestra, alguns trechos de música podem estar associado a certos sentimentos e assim por diante. Por outro lado,

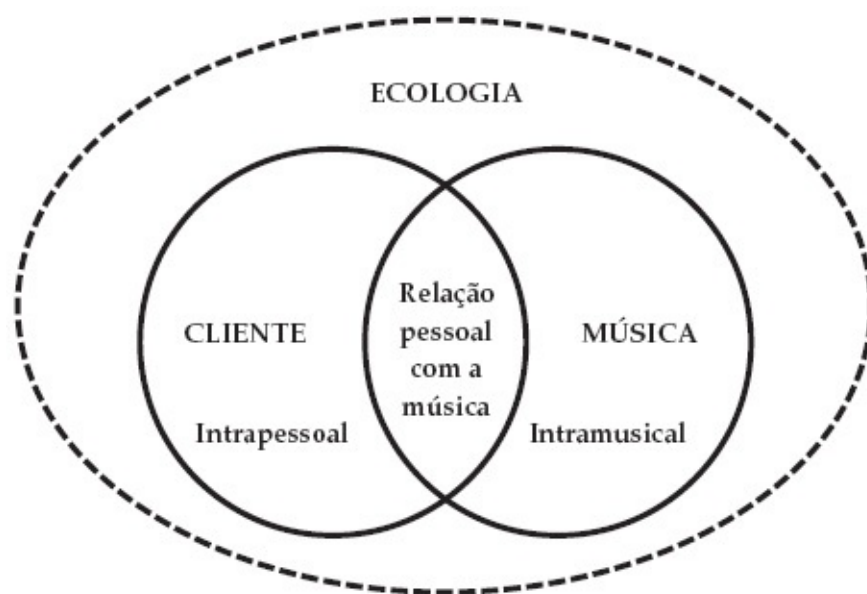
uma pessoa, situação ou sentimento em particular podem estar associados a um determinado trecho de música ou a certa experiência musical. Assim, podemos afirmar que a relação pessoal do cliente com a música afeta e é afetado pelas relações intrapessoais do próprio cliente.

A relação pessoal do cliente com a música é também uma função do ecossistema do cliente ou, mais especificamente, sua ecologia física e fundo sociocultural (ex., raça, gênero, etnia, sociedade, cultura). Por exemplo, o cliente e pode preferir apenas um estilo musical, pois este é o único estilo vivenciado em casa, ou o valor de envolvimento musical do cliente pode ser uma função dos valores da comunidade, ou o cliente pode ter fortes sentimentos patrióticos ao cantar uma música por conta do significado que lhe é dado no país de origem da pessoa.

Além dessa relação pessoal, os clientes também formam relações intramusicais e intermusicais dentro do setting terapêutico mediante o envolvimento e partilha de experiências musicais com o terapeuta e outros participantes. Sempre que o cliente faz ou ouve uma música, surgem oportunidades para organizar e relacionar as partes e elementos dentro de sua própria música e sua própria experiência; ao mesmo tempo, quando o terapeuta está envolvido, o cliente tem a oportunidade de relacionar aspectos de sua música e experiência com os do terapeuta.

Dada a forma como a organização cliente-musica é a base e o vetor para todos os outros tipos de relacionamentos, esta é também o principal foco e preocupação com a prática da musicoterapia. Na verdade, a própria singularidade da musicoterapia reside na centralidade da relação clientemusica no seu processo e resultado. O terapeuta procura continuamente envolver o cliente em experiências musicais que irão reforçar a sua relação com a música e, ao fazê-lo, melhorar seu relacionamento com ele mesmo, o terapeuta, cônjuges, a comunidade, e assim por diante.

A figura 16-1 mostra os vários componentes e relações que compõem a constelação cliente-música.

Figura 16-1: A constelação cliente-música

Constelação Terapeuta-Música

É esperado que cada musicoterapeuta tenha um relacionamento altamente desenvolvido com a música, que inclua componentes profissionais e não profissionais. A natureza desta relação, como a relação do cliente com a música, é única e dinâmica. Pode ser descrita ao longo das mesmas variáveis, e evolui continuamente ao longo da vida como resultado dos mesmos fatores.

A relação terapeuta-música é essencial para o sucesso da musicoterapia. Primeiro, tal relação fornece a base para a compreensão e aprimoramento da relação do cliente com a música, que é a base para todas as outras transformações terapêuticas; segundo, ela sustenta a resiliência do terapeuta contra os perigos psicológicos do trabalho terapêutico.

A Figura 16-2 mostra os componentes e relações que compõem a constelação terapeuta-música

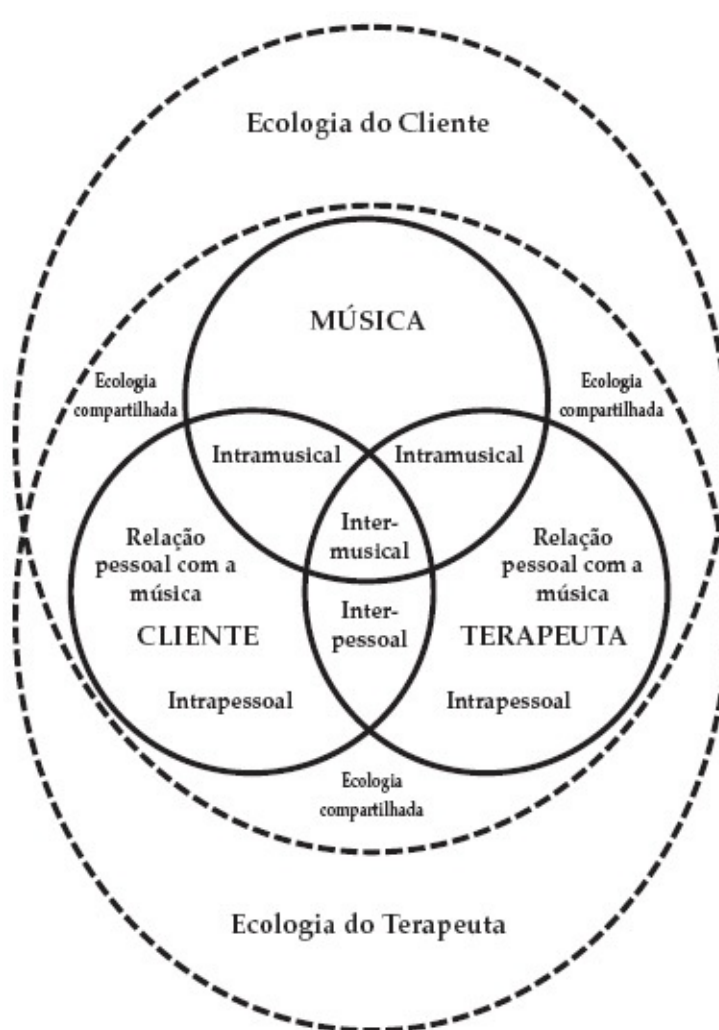
Figura 16-2: A constelação terapeuta-música

Constelação Cliente-Música-Terapeuta

Tanto a constelação “cliente-música” quanto “terapeuta-música” estão presentes em diferentes níveis no início da terapia, e ambas as configurações mudam e se desenvolvem como resultado da terapia. A constelação “clientemúsica- terapeuta é um exemplo disso. É onde terapeuta e cliente interagem na experiência musical e através dela, a fim de promover transformações terapêuticas.

A Figura 16-3 mostra os componentes e relações que compõem esta constelação. Os componentes são os círculos e elipses; eles incluem a ecologia, o eu e a música de cada um. As relações são vistas nas sobreposições entre os círculos e elipses.

A ecologia do cliente se sobrepõe à ecologia do terapeuta para formar uma ecologia compartilhada. Esta ecologia compartilhada engloba tanto os contextos situacionais, que emergem momento a momento no processo da terapia, quanto as relações que são construídas entre aspectos da ecologia do cliente e da ecologia do terapeuta.

Figura 16-3: Constelação Cliente-Música-Terapeuta

Note que a música é mostrada como uma entidade existente nela e por si mesma, separada do cliente e do terapeuta. A conseqüência é que a música e a experiência musical podem ir além do potencial de ambas as partes em seu efeito terapêutico, e que a experiência musical pode servir como terapeuta independentemente do terapeuta como pessoa.

Perceba também que o cliente e terapeuta possuem cada um suas próprias relações intramusicais e que elas interagem para formar relações intermusicais e interpessoais entre os dois. Ambas as partes possuem sua própria relação pessoal com a música, que faz parte de seu eu intrapessoal.

Esta figura demonstra o que torna a musicoterapia única entre as modalidades terapêuticas. O terapeuta e cliente trabalham através das relações musicais e pessoais, e essas relações e configurações fornecem a base e o impulso para a transformação na vida musical e pessoal do cliente.

Constelação Cliente-Música-Terapeuta-Outros

A musicoterapia é fornecida em diferentes formatos. Além dos formatos individuais e em grupos, a musicoterapia pode também envolver pessoas próximas ao cliente, bem como outros profissionais que trabalham com ele. Também pode envolver vários grupos e subgrupos da comunidade. Obviamente, o número e a complexidade de relações aumentam cada vez que uma pessoa é inserida no setting terapêutico, e qualquer diagrama destas relações irá carecer de sentido e clareza quando todas as relações estão representadas.

Considerações Finais

Os dois últimos capítulos mostraram quantas relações podem ser formadas na musicoterapia e quão desafiador é conceituá-las. É importante ter em mente que as tabelas e figuras apresentadas destinam-se a mostrar as possibilidades, não determinismos. De fato, o objetivo principal dos dois últimos capítulos tem sido ajudar o leitor a obter a flexibilidade para ver os infinitos potenciais de todos os componentes do processo de musicoterapia. Muitas perspectivas diferentes podem ser tomadas ao descrever a natureza da experiência musical e as relações que podem ser formadas por elas; estes capítulos mostraram algumas que podem ajudar esclarecer como eles podem ser utilizados para o crescimento do cliente.

17

ÍMPETO

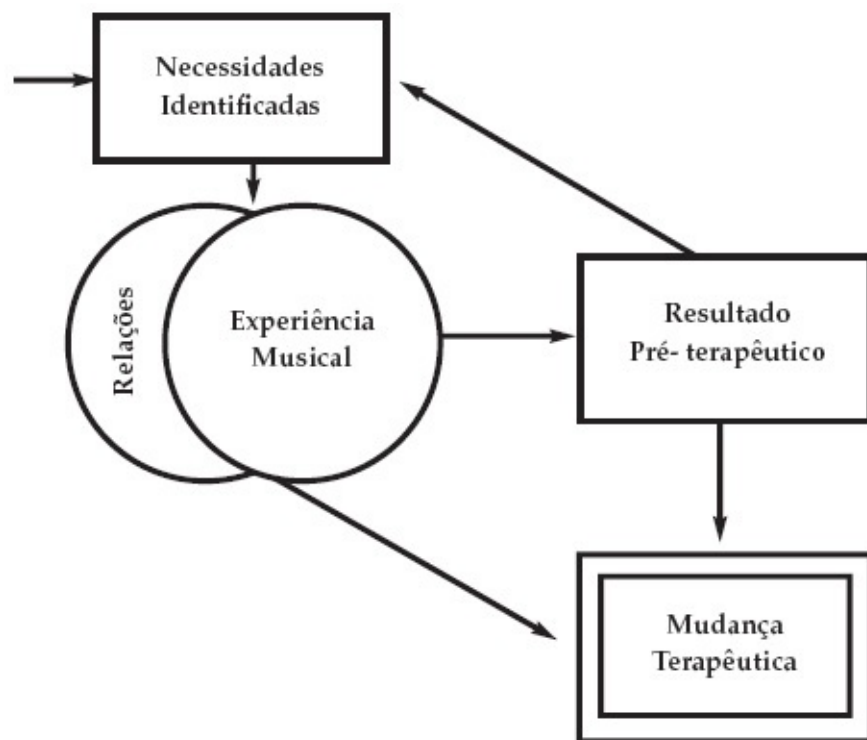
O dicionário *Encarta* fornece duas definições de Ímpeto: a energia ou motivação para alcançar ou concluir algo e, na física, a força que causa o movimento de um objeto para superar uma resistência. Outros sinônimos para ímpeto incluem incentivo, estímulo e impulso. Todas essas descrições são relevantes para esta definição, mas é necessária melhor elaboração para as implicações específicas no contexto da musicoterapia.

Ímpeto é uma palavra fundamental nesta definição para descrever como as experiências musicais e suas relações levam à transformação terapêutica. O objetivo deste capítulo, então, é apresentar as principais formas em que a musicoterapia cria o impulso necessário pelo cliente para fazer as transformações terapêuticas desejadas.

Similar ao esquema de ferramenta e ao esquema de processo encontrados nas definições anteriores (ver capítulo 3), existem duas maneiras principais para se pensar em como criar o ímpeto para a transformação: estratégias orientadas para o resultado e estratégias orientadas para a experiência (Bruscia, 2011). Nas estratégias orientadas para os resultados, as experiências musicais e relações são utilizadas pelo terapeuta para induzir a transformação específica no cliente. Na estratégia orientada para a experiência, a música e relações servem como um processo ou veículo para o cliente identificar, explorar, ensaiar e eventualmente realizar as transformações terapêuticas necessárias.

Estratégias Orientadas A Resultados

Como mostrado na Figura 17-1, estratégias orientadas para os resultados são sempre focadas nas necessidades do cliente que já foram identificados por meio de alguma forma de avaliação ou preparação clínica. Com o início da terapia, os objetivos específicos são formulados pelo terapeuta para atender a essas necessidades, e os resultados são operacionalmente definidos para diferentes fases da terapia. O agente principal nessas estratégias é a música ou a experiência musical, que é ativada, facilitada, ou assistida pelo terapeuta, o relacionamento do cliente com o terapeuta, ou qualquer outra relação que possa ser relevante.

Figura 17-1: Estratégias Orientadas para o Resultado

Existem pelo menos três estratégias orientadas para o resultado, e todas essas estratégias podem ser implementadas de acordo com o diagrama acima. Tratam-se da música como agente, da música como habilidade e da musicoterapia como protocolo. Muitas outras estratégias são praticadas, e existem muitas variações nestas. No entanto, todas as estratégias de resultado são baseadas nas relações de causa-efeito e estímulo-resposta, e o controle de variáveis relevantes. Todos os resultados são operacionalmente definidos e passíveis de mensuração. O tratamento é orientado para o problema e muitas vezes baseado em evidências, e o terapeuta é um perito científico, planejador do tratamento, e profissional de suporte.

Música Como Agente

Nesta estratégia, a experiência musical é usada como estímulo, como reforçador, ou mediador para introduzir resultados especificamente direcionados, operacionalmente definidos como terapêuticos ou préterapêuticos (isto é, requisito para transformação terapêutica). As relações são usadas para permitir e facilitar a experiência musical e para ajudar o cliente a responder. Exemplos incluem o uso da música como:

- estímulo para induzir transformações no corpo (frequência cardíaca, pressão arterial, resposta imunológica, etc.); regular a respiração ou movimento; resposta de alimentação condicionada; provocar humor, movimento, ou uma imagem; reduzir o estresse ou dor; e assim por diante.
- reforçador para provocar ou gerenciar comportamentos específicos.
- mediador em tarefas de aprendizagem e memória.

Música Como Habilidade

Participar em experiências musicais requer diferentes tipos de habilidades. Nesta estratégia, atividades e tarefas musicais são especialmente projetadas para conter e requerer habilidades que o cliente necessita. As relações são usadas para permitir e facilitar a resposta e experiência do cliente e garantir a satisfação. As habilidades alvo podem ser sensório-motoras, perceptivas, e cognitivas em sua natureza, ou elas podem ser afetivas, interpessoais, ou orientadas para o grupo. A principal premissa é que quando a participação é agradável e gratificante, os participantes irão trabalhar dentro da experiência musical para adquirir as habilidades necessárias para uma participação plena. Exemplos incluem:

- engajar clientes em uma peça instrumental que requer imitação de ritmos a fim de desenvolver memória a curto prazo
- ensinar o cliente como tocar um instrumento para desenvolver habilidades motoras específicas
- utilizar a escuta musical para melhorar a atenção auditiva e percepção
- utilizar um coral de sinos para aumentar o controle de impulso e consciência dos outros
- utilizar composições para aumentar a cooperação em grupo
- utilizar improvisação para ensinar interpretação de papéis

Note que a resposta alvo é musical e que é operacionalmente definida como terapêutica. Assim, por exemplo, a imitação correta de um ritmo é operacionalmente definida como memória de curto prazo, e os padrões, por si só, podem ser projetados para exigir diferentes estratégias mnemônicas. A efetividade desta estratégia depende se a tarefa musical ou atividade possui as habilidades alvo e a extensão com que habilidade musical pode ser pode ser transferida para outras áreas de funcionamento.

Protocolos De Musicoterapia

Nesta estratégia, baseada na avaliação ou preparação clínica, objetivos específicos e bem definidos operacionalmente são formulados, experiências musicais e relações são projetadas para alcançar tais objetivos dentro de um periíodo pré estabelecido, e os resultados da musicoterapia são medidos em vários momentos. Por exemplo:

- Dez sessões de improvisação são usadas para melhorar a depressão (medida pelo inventário de Beck) em adultos com transtornos por uso de substâncias.
- Seis sessões de músicas para relaxamento são usadas para diminuir o estado e traços de ansiedade em pacientes com câncer
- Doze sessões de coral de sinos são usadas para diminuir a distração em adolescentes com deficiência intelectual.

Perceba aqui que os resultados são transformações não musicais no cliente e que a experiência musical e relações ativam e suportam a eficácia das sessões de musicoterapia.

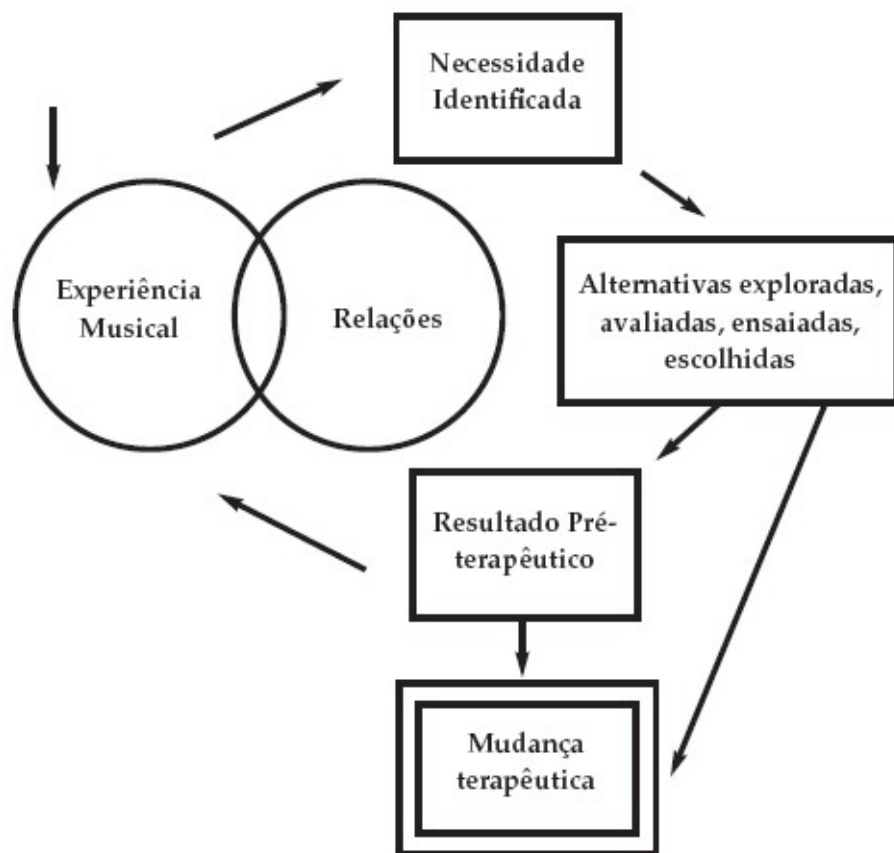
Estratégias Orientadas A Experiências

Como mostrada na Figura 17-2, as estratégias orientadas para a experiência envolvem incentivar o cliente em uma experiência musical e relações inerentes a fim de proporcionar oportunidades tanto para o cliente quanto para o terapeuta para esclarecer e atender as necessidades terapêuticas do cliente. É claro que o terapeuta e o cliente iniciam a terapia com uma compreensão básica de quais são as necessidades do cliente, mas diferente das estratégias orientadas para o resultado, mais objetivos específicos são esclarecidos pelo o que é descoberto quando o cliente e terapeuta se engajam na experiência musical, não antes do primeiro encontro terapêutico. A experiência musical é projetada para recriar, simular ou representar as condições ou circunstâncias que desafiam o cliente, mas no nível adequado. Como tal, pode ser uma analogia ou metáfora de como as questões terapêuticas do cliente se manifestam e como elas podem ser abordadas, gerenciadas e trabalhadas.

Nessas estratégias, o processo terapêutico se inicia com a imersão do cliente na experiência musical e nas suas próprias relações. À medida que o cliente inicia a experiência, seus problemas e recursos são revelados dentro do contexto desta e cliente e terapeuta começam a focar no que o primeiro necessita ou deseja ganhar com a experiência. A experiência musical e relações se tornam, então, um processo criativo de resolução de problemas em que o cliente e terapeuta exploram alternativas ou possíveis soluções para o problema ou questão terapêutica, trazendo ao mesmo tempo recursos do cliente em jogo. Várias alternativas são exploradas, avaliadas, ensaiadas e, eventualmente, o cliente seleciona sua alternativa preferida para a questão ou problema, algumas vezes com a assistência do terapeuta. Com a evolução do processo, os produtos musicais criados refletem as necessidades, esforços e eventual triunfo terapêutico do cliente. Às vezes, a experiência musical foca no processo, e às vezes se concentra na criação de um produto.

Existem no mínimo duas estratégias orientadas para a experiência que são as mais comuns: música como processo e música como representação. A premissa básica dessas estratégias é que a forma como a pessoa cria ou ouve uma música é uma manifestação direta e rica da identidade do indivíduo, refletindo não somente quem a pessoa é, e como ela pensa ou sente, mas também como ela lida com a vida e seus desafios. Outra premissa é que nem sempre é possível estabelecer metas e objetivos finais antes de realmente se envolver em experiências musicais e relações concomitantes. Muitas vezes, o terapeuta e cliente acreditam que definiram com precisão os problemas e necessidades do cliente, mas não definiram. Assim, estas estratégias utilizam as experiências musicais como a avaliação primária. Exemplos serão mostrados abaixo.

Uma das diferenças entre estratégias orientadas para o resultado e orientadas para a experiência é que as primeiras frequentemente se iniciam com objetivos pré-estabelecidos, enquanto que as segundas frequentemente se iniciam com um modelo ou método pré-estabelecido.

Figura 17-2 – Estratégias Orientadas a Experiências

Música Como Processo

Nesta estratégia orientada para a experiência, o terapeuta imediatamente envolve o cliente em uma experiência musical projetada para permitir que o cliente explore si mesmo e sua vida. Com freqüência, um modelo pré estabelecido como Musicoterapia Nordoff-Robbins, Musicoterapia Analítica ou Imagens Guiadas e Música é utilizado. Cada um desses modelos foi cuidadosamente desenvolvido para atender determinadas áreas amplas de interesse clínico que são esclarecidas e tratadas enquanto o cliente se empenha no modelo, o qual é modificado algumas vezes de acordo com a necessidade do cliente. Cada modelo também possui suas próprias indicações e contra indicações, as quais profissionais devem ter em mente ao iniciar o trabalho com novos clientes.

Aqui está um exemplo de música como processo: um cliente chega à musicoterapia para lidar com o estresse de um divórcio e as perturbações subseqüentes de sua vida em casa. Isto é o que ela apresenta ao terapeuta como necessidade terapêutica principal. O terapeuta utiliza Imagens Guiadas e Música, e logo na primeira sessão, a cliente aprende a imaginar espontaneamente enquanto ouve a música e dialoga com o terapeuta. A música e imagens trazem memórias da morte de sua mãe há 10 anos. O que se torna óbvio, na medida em que a sessão continua, é que a cliente não faz o luto totalmente pela perda de sua mãe naquele momento e que o divórcio pendente reativou todos os seus desafios em lidar com qualquer tipo de perda. Além disso, a perda de seu marido está de alguma forma ligada à perda de sua mãe. Terapeuta e cliente desviam imediatamente sua atenção para o luto pela morte de sua mãe como um pré-requisito para lidar com problemas do cotidiano. Uma vez que a compreensão da cliente é adquirida por meio dessas experiências, as experiências podem ser modificadas e remodeladas para ajudar a cliente a expressar e trabalhar com quais questões da vida o divórcio trouxe à tona.

Música Como Representação

Sempre que a música é utilizada como processo, o resultado é algum tipo de produto musical, como uma improvisação, composição, performance, escrita musical, gravação, percepção, interpretação e assim por diante. Este produto musical é um reflexo de tudo o que aconteceu durante o processo; documenta tudo o que foi exteriorizado, trabalhado, e transformado pelo compositor (es) ou ouvintes. Como tal, este produto fornece uma imagem musical, símbolo, metáfora ou a projeção de cada pessoa envolvida no processo – seus problemas, recursos, sentimentos, pensamentos, soluções, e assim por diante – ao mesmo tempo, oferece uma descrição musical das relações que emergiram entre as várias pessoas, objetos e eventos envolvidos na experiência; Assim, uma improvisação fornece uma representação do improvisador e de como ele se relaciona com o mundo de seu eu, do outro, e dos objetos, assim como a composição e desempenho fornecem os mesmos tipos de representações do compositor ou intérprete. Exemplos dessa estratégia incluem:

- O terapeuta auxilia o cliente na composição de uma canção que expressa seus sentimentos por uma pessoa importante em sua vida. Ao final, o cliente canta e grava a canção e depois entrega a gravação à pessoa.
- O cliente cria e grava uma improvisação intitulada "A história da minha vida" e depois compartilha a improvisação com um grupo ou parceiro (a).
- O terapeuta escreve a transcrição de imagens criada pelo cliente em uma sessão de música e imagem. O cliente compartilha a transcrição e a música com seu cônjuge.
- O cliente desenha uma mandala (desenho em círculos) enquanto ouve uma canção e dá à ela um título. O cliente guarda o desenho para documentar o processo terapêutico.

Estratégias Orientadas À Ecologia

Ambas as estratégias e esquemas acima podem ser utilizadas em musicoterapia ecologicamente orientada. A principal diferença ocorre no primeiro passo, identificar a necessidade. Nas estratégias de cunho ecológico, isso requer:

1) Definir quem é o cliente o indivíduo, uma relação particular, e / ou o contexto sociocultural ou físico.
2) Situar o cliente, terapeuta, a música e a preocupação com a saúde nos respectivos contextos interpessoais sociais, políticos, culturais, ambientais e globais.
3) Determinar qual o cenário mais adequado para a terapia.
4) Identificar os outros que devem ser envolvidos no processo de terapêutico, dentro e fora do ambiente da terapia.

Estratégias Integradas

Cada uma das estratégias acima pode ser utilizada para uma sessão inteira ou mesmo um curso completo de terapia; no entanto, eles também podem ser usados em conjunto, como uma parte integrante de cada sessão e para o curso da terapia. As vantagens de uma estratégia integral são muitas. Em primeiro lugar, o cliente pode tanto conduzir quanto seguir o terapeuta, e, em resposta, o terapeuta também pode conduzir e seguir o cliente. Assim, todo o processo torna-se uma alternância entre conduzir-seguir e seguirconduzir de ambos os lados, pelo cliente e terapeuta. Desta forma, tanto o cliente como o terapeuta podem moldar a direção de cada estratégia, sessão, ou o curso da terapia.

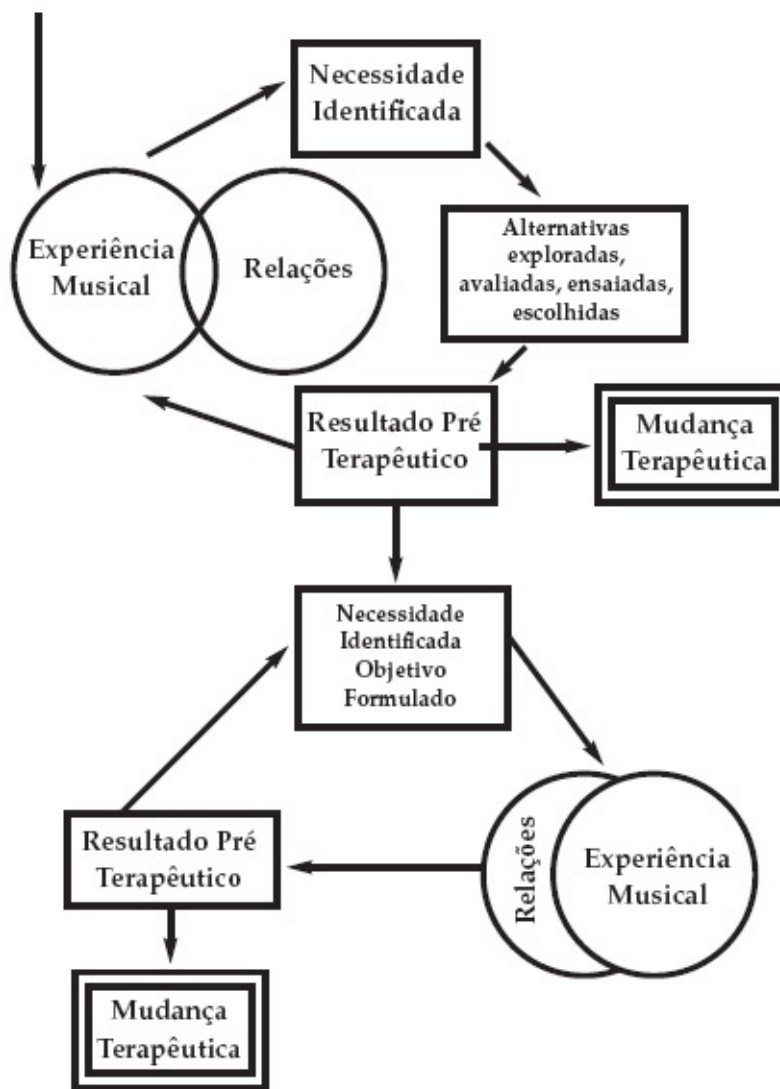
Na estratégia de resultado, o terapeuta assume a liderança e usa os componentes da terapia para direcionar o cliente para um objetivo específico. Este objetivo pode ser tão simples como fazer com que o cliente se sente, ou pode ser tão complexo como induzir o cliente em um estado alterado de consciência ou usar a música para evocar um sentimento particular. Quando o cliente responde à estratégia do terapeuta, a resposta é percebida pelo terapeuta tanto como uma tentativa do cliente em seguir quanto sua tentativa de conduzir o terapeuta na direção desejada. Cada resposta dada pelo cliente, então, informa o terapeuta se o próximo passo deve ser uma intervenção orientada para os resultados ou um processo baseado na experiência, dependendo de como as necessidades do cliente foram reveladas no resultado anterior.

O mesmo processo de condução ocorre se a sessão começa com uma estratégia orientada para a experiência. Neste caso, a estratégia começa com o cliente conduzindo e o terapeuta seguindo. Talvez a maneira mais fácil de pensar em estratégias integrais é ver a *estratégia orientada para o resultado* como de um tipo conduzir-seguir para o terapeuta e uma *estratégia orientada para a experiência* como do tipo seguir-liderar para o terapeuta.

A Figura 17-3 mostra como estratégias integrais envolvem a combinação das outras duas estratégias.

Figura 17-3: Estratégias Integrais

Necessidade Identificada
Experiência Musical
Relações
Alternativas exploradas, avaliadas, ensaiadas, escolhidas
Resultado Pré Terapêutico
Mudança Terapêutica
Necessidade Identificada Objetivo Formulado
Relações
Experiência Musical
Resultado Pré Terapêutico
Mudança Terapêutica

18

TRANSFORMAÇÃO

Ao chegarmos à palavra final em nossa definição, torna-se claro que o objetivo final da musicoterapia é induzir algum tipo de transformação no cliente. O objetivo último de engajar o cliente em experiências musicais e nas relações concomitantes é produzir a transformação. Mas quem muda e de que forma? Quais tipos de transformações são possíveis, e como que essas transformações se qualificam como terapia?

Quem Muda?

Os clientes da musicoterapia podem ser indivíduos, casais, famílias, grupos, um contexto sociocultural ou um ambiente. Por definição, o cliente sempre é o foco primário da terapia e mais do que tudo o beneficiário primário e direto; entretanto, outros indivíduos e entidades podem participar do processo terapêutico e outros indivíduos e entidades podem receber benefícios indiretos da terapia do cliente, apesar de que o processo terapêutico deve manter o cliente como prioridade principal. Por exemplo, quando pais e filhos são vistos juntos na terapia, o terapeuta deve ser claro quanto a quem é o seu cliente, a criança, o pai ou ambos. Algumas vezes, um dos pais se junta à terapia da criança, e a terapia é planejada para focar em ajudar a criança. Em tais casos, o pai ou mãe inevitavelmente se beneficiará de alguma forma da participação na terapia do filho, mas em momento algum suas necessidades terapêuticas poderão tornar-se preponderantes, a menos, é claro, que elas estejam interferindo no progresso do cliente. Por outro lado, algumas vezes tanto o pai quanto o filho são o foco da terapia. Isso é apropriado quando as necessidades terapêuticas dos dois (ou mais) são interdependentes – efetuar alguma mudança em um requer a mudança no outro. Aqui, tanto os filhos como os pais são os clientes, e devem ser igualmente os beneficiários primários e diretos. Em ambos os casos, o outro responsável, ou outros irmãos, tornam-se beneficiários indiretos, devendo o foco da terapia permanecer na criança e no pai que são os clientes.

Designar claramente quem é o cliente torna-se particularmente importante quando as necessidades terapêuticas de um indivíduo ou grupo resultam de problemas com uma entidade externa, tais como a comunidade, sociedade, cultura ou meio ambiente. Nestes casos, o terapeuta deve decidir se o cliente designado é apenas o indivíduo ou o grupo, ou se deve incluir a entidade externa. Por exemplo, quando um terapeuta está trabalhando com uma mulher vítima de abuso, o terapeuta e a cliente devem determinar a medida e em que circunstâncias a terapia deveria também ter como meta a mudança no agressor, ou a mudança das atitudes em relação ao abuso ou atitudes em relação às mulheres na comunidade.

O Setting para a Transformação

Todos os "clientes" acima podem receber a musicoterapia num foro clínico tradicional (agência, instituição, consultório privado) ou em uma variedade de outros settings clínicos (comunidade, escola, grupo musical, empresa, campo, manifestação, etc.). Assim, quando tentamos diferenciar o dentro e o fora da terapia, devemos estipular este "dentro" como o lugar onde a terapia acontece, independente se é um setting tradicional ou não. A sala de terapia não é mais o único setting onde os processos terapêuticos acontecem. Muito depende se o propósito da terapia é mudar a si mesmo, aos outros ou o ambiente e onde as transformações acontecerão mais provavelmente.

Com essas ressalvas em mente, a primeira pergunta que aparece é se o cliente deve evidenciar transformações terapêuticas dentro ou fora do setting terapêutico, seja este tradicional ou não. Esta é uma questão um tanto quanto controversa por duas razões. Primeiro, nem todas as transformações terapêuticas destinam-se à generalização fora do setting terapêutico. Por exemplo, se a musicoterapia é utilizada na redução da dor durante o debridamento após uma queimadura severa, o principal foco é no setting onde é realizado o debridamento, e não a casa ou a escola. De forma parecida, a musicoterapia no tratamento paliativo é dificilmente generalizável para outras situações ou settings. Por outro lado, algumas transformações terapêuticas só têm sentido se generalizadas para fora da terapia. Se a musicoterapia é usada para ajudar a criança a gerenciar seu comportamento, é esperado que a criança o faça não apenas na musicoterapia, mas também na sala de aula e em casa. Assim, algumas transformações terapêuticas fazem mais sentido se generalizadas e outras não.

Em segundo lugar, em certos casos ou questões terapêuticas, não se pode esperar do cliente que este leve uma transformação feita em terapia para outros ambientes de modo imediato. Nestes casos, é necessário dar tempo ao tempo, e pode não ser possível ou benéfico dar continuidade à terapia pelo necessário para a generalização acontecer. Assim, o propósito da terapia torna-se iniciar a transformação e motivar o cliente para que ele a exerça quando for possível. Especificamente, a meta da terapia torna-se ajudar o cliente a experimentar uma forma alternativa de ser e de se comportar (a transformação terapêutica desejada) e então reconhecer que esta é uma forma preferível no momento. Por exemplo, a musicoterapia pode ser utilizada para ajudar uma criança abandonada a confiar nos outros o suficiente para interagir de forma mais livre e segura. Através de experiências musicais compartilhadas, a criança desenvolve sua confiança com o musicoterapeuta e interage com ele com calma e prazer. Assim, a criança está agora mais motivada a sentir e fazer algo que não era possível antes, mas, ao mesmo tempo, ela ainda não esta pronta para interagir da mesma forma com outros ou em outro setting menos controlado. Desnecessário dizer, é importante para a criança ter tais experiências positivas de interação, mesmo se a terapia não dure o suficiente para testemunhar transformações em outros ambientes. Isso não significa que a generalização não seja importante na terapia; significa apenas que a terapia ainda desempenha um papel vital embora limitado no desenvolvimento desta criança.

Outras questões controversas aparecem quando uma transformação acontece. Se a transformação é primeiramente evidenciada fora da experiência musical ou sem o terapeuta estar presente, pode esta transformação ser atribuída à musicoterapia? É certamente possível que a participação na experiência musical com o terapeuta possa ter preparado o cliente para efetuar transformações quando o terapeuta não está presente. Por outro lado, a transformação pode ser atribuída a circunstâncias no momento não relacionadas às experiências do cliente na musicoterapia.

Todas as questões e problemas acima se relacionam ao problema fundamental de toda terapia: Como determinamos se uma transformação ocorreu, e se ela ocorreu, como sabemos se a transformação resultou da terapia fornecida? Numa linha similar, uma questão fundamental da pesquisa musicoterápica é

a extensão em que a musicoterapia é efetiva na ativação da transformação. Este tópico será abordado posteriormente neste capítulo.

Tipos de Transformação

Baseado em nossa discussão prévia sobre relações, e no trabalho de Wilber (1995), podemos fazer muitas distinções entre os tipos de transformação que podem ocorrer como resultado da terapia. Estas distinções são importantes porque ajudam a esclarecer os objetivos e resultados da terapia e fornecem a base para determinar como os resultados podem ser avaliados. Vale a pena mencionar aqui que experiências musicais e as relações concomitantes são utilizadas como ferramentas e como um meio para a transformação, mas elas também são o lugar onde o cliente demonstra a transformação. Elas são igualmente a locação primária para resultados terapêuticos. Por exemplo, relações intrapessoais que o cliente já possui podem ser usadas para fomentar desenvolvimento ou transformações em outras relações intrapessoais; além disso, elas também podem induzir transformações interpessoais e ecológicas. De vital interesse para a musicoterapia, transformações musicais podem ser utilizadas como uma ferramenta, meio ou resultado para transformações não musicais, e vice-versa.

A primeira distinção que pode ser feita é entre as transformações pessoais, interpessoais e ecológicas. Transformações pessoais são aquelas que o cliente faz em si mesmo; transformações interpessoais são aquelas em que o cliente ou grupo faz em seus relacionamentos com outras pessoas; e as transformações ecológicas são aquelas que o cliente ou grupo faz em relação ao seu ambiente sociocultural ou físico. A segunda distinção é entre transformações musicais e não musicais em todas essas três áreas. A terceira distinção, que foi apenas mencionada anteriormente, é entre as transformações exteriores e interiores.

Transformações exteriores são aquelas que podem ser observadas e medidas (incluindo qualquer manifestação de transformação interior que seja definida operacionalmente). Transformações exteriores são objetivas por natureza; elas refletem transformações na pessoa ou contexto enquanto objeto. Transformações interiores são aquelas transformações subjetivas que não podem ser observadas e medidas. São transformações na pessoa ou contexto enquanto sujeito. A Tabela 18-1 mostra exemplos de transformações de cada tipo. Mais uma vez, a lista não pretende ser total, definitiva ou completa.

É claro, seres humanos estão continuamente fazendo e sofrendo estes tipos de transformações em cada momento de cada dia, algumas para melhor, outras para pior. Quais dessas podem ser consideradas terapêuticas por natureza? Antes de responder a esta questão, é necessário esboçar os tipos de transformação nas quais a musicoterapia está focada.

Tabela 18-1: Tipos de Transformação Possíveis em Musicoterapia

Potenciais Transformações Individuais

Interiores

- Musicais: aspirações, autoconfiança, talento, importância pessoal, significância, experiência, valores estéticos, preferências, motivação, memórias, percepção, conceitos, valores, etc.
- Não musicais: memórias, imagens, sonhos, pensamentos, ideias, constructos, percepções, valores, crenças, opiniões, emoções, sentimentos, etc.

Exteriores

- Musicais: proficiência no fazer e escutar música, envolvimento e comprometimento musical, relações intramusicais manifestas na própria música, relações intramusicais ouvidas em todas as músicas, medidas das transformações musicais internas, etc.
- Não musicais: respostas fisiológicas, comportamento, hábitos, traços, medidas de respostas não musicais internas.

Potenciais Transformações Interpessoais

Interiores

- Musicais: aspirações, experiências, valores estéticos, preferências e motivações compartilhadas; passado musical compartilhado; percepções e conceitos compartilhados; etc.
- Não musicais: memórias, imagens e sonhos compartilhados; pensamentos, ideias e constructos compartilhados; percepções, crenças, opiniões, emoções, sentimentos, etc, compartilhados.

Exteriores

- Musicais: relações intermusicais manifestas ou ouvidas ao fazer ou ouvir música; relações intramusicais compartilhadas manifestas ou ouvidas ao fazer ou ouvir música; pano de fundo musical familiar compartilhado; todas as medidas de transformações musicais interiores interpessoais; etc.
- Não musicais: relações interpessoais manifestas comportamental ou fisicamente; relações intrapessoais compartilhadas manifestas comportamental ou fisicamente; todas as medidas de transformações não musicais interiores interpessoais; etc.

Potenciais Transformações Ecológicas

Interiores

- Musicais: herança musical, atitudes e valores sociais e culturais acerca da música, padrões estéticos, etc.
- Não musicais: costumes e tabus sociais e culturais, crenças morais e políticas; atitudes acerca de gênero e orientação sexual, crenças religiosas, etc.

Exteriores

- Musicais: rituais, cerimônias, costumes e performances musicais, composições com significado nacional, étnico ou racial, etc.
- Não musicais: leis municipais, estaduais e federais; práticas de cuidados de saúde; meio ambiente na vizinhança, comunidade, cidade, etc.; meio ambiente no local de trabalho, na escola, etc.

Critérios para Transformação

Promoção de Saúde

Uma das premissas básicas da musicoterapia é que como as experiências musicais envolvem e afetam tantas facetas do ser humano, uma transform - ação musical que um cliente faz é provavelmente indicativa de uma transformação não musical de algum tipo. Quando um cliente que tem déficit de atenção aprende a se concentrar em um contexto musical, esta habilidade ou perícia tem uma aplicação potencial para muitos outros aspectos de sua vida; da mesma forma, quando um cliente libera emoções em fazer ou ouvir música, estas emoções não são definidas apenas em termos musicais, nem é a liberação um processo estritamente musical. Assim, cada transformação que o cliente faz dentro de uma experiência musical ou é generalizável para áreas não musicais devido à interdependência de todas as áreas do organismo humano ou devido a ela revelar ou demonstrar que uma transformação não musical já aconteceu.

Enquanto estas duas noções ocupam demasiada atenção da pesquisa e teoria musicoterápica, uma pergunta ainda mais básica precisa ser respondida: independentemente se a transformação é musical ou não musical, ela promove a saúde? Os tipos de transformações a seguir são geralmente considerados promotores de saúde ou terapêuticos em sua natureza. Note que algumas derivam de uma orientação "patogênica" de saúde, enquanto outras derivam de uma orientação "salutogênica" ou "holárquica", como definido no capítulo anterior sobre saúde. Note também que uma delas pode ser mais apropriada que outra, no que concerne a determinados tipos de problemas de saúde, especialmente para a musicoterapia.

Tabela 18-2: Tipos de Transformações na Saúde

Preventiva: A transformação ajuda o cliente a diminuir riscos à saúde ou construir resistências contra problemas de saúde.

Curativa: A transformação contra-ataca, altera ou elimina a etiologia do problema de saúde.

Reconstrutiva: A transformação ajuda o cliente a desconstruir e então reconstruir partes de seu eu ou de

sua vida para que antigas condições não se façam mais presentes.

Alopática: A transformação contra-ataca, altera ou elimina os sintomas ou efeitos do problema de saúde.

Homeopática: A transformação em terapia recria condições de saúde de forma a estimular maior eficiência no processo natural de cura do cliente.

Suporte: A transformação dá ao cliente um sistema de apoio e insight necessário para lutar ou conviver com determinada condição de saúde.

Habilitativa: A transformação ajuda o cliente a ganhar (ou compensar por) capacidades que deveria desenvolver, mas está impedido por determinada condição de saúde.

Reabilitativa: A transformação ajuda o cliente a reconquistar (ou compensar por) capacidades perdidas como resultado de determinada condição de saúde.

Paliativa: A transformação melhora a qualidade de vida do cliente ao lidar com ou sucumbir à determinada condição de saúde.

Relativa à Terapia

Uma vez determinado que as transformações no cliente sejam promotoras de saúde, a próxima pergunta é se estas transformações estão relacionadas ao processo terapêutico. Isso é geralmente difícil de determinar porque a terapia sempre acontece dentro do contexto da experiência de vida completa do cliente naquele momento, que pode incluir outras formas de terapia assim como outros eventos ou transformações na vida. Todos os seres humanos estão em constante estado de transformação, e é muito difícil distinguir entre estas transformações que ocorrem como resultado da terapia e aquelas que poderiam ter acontecido sem esta.

O outro problema, como apontado anteriormente, é que as transformações nos clientes podem se manifestar em settings e situações diferentes. Algumas transformações ocorrem dentro do contexto da experiência musical e suas relações concomitantes; outras ocorrem fora do setting musicoterápico. Algumas se manifestam nos dois lugares.

Quatro critérios podem ser utilizados para determinar se as transformações no cliente podem ser atribuídas à terapia, seja inteiramente ou em parte. É raro encontrarmos casos onde todos os quatro critérios apareçam de uma vez.

Primeiro, as transformações precisam de ajuda de algum tipo. Essencialmente, isso significa que qualquer transformação que os clientes estejam aptos para realizar por si mesmos, sem ajuda ou como resultado do amadurecimento, crescimento ou cura normal, não pode ser considerada como induzida pela terapia.

Segundo, a ajuda necessária pode ser fornecida apenas por um terapeuta qualificado e dentro do contexto da relação cliente-terapeuta. Assim, o cliente não precisa simplesmente de qualquer tipo de ajuda, ou da ajuda de qualquer um, mas especificamente de um terapeuta.

Terceiro, as transformações são consistentes com os objetivos do processo terapêutico e com o modelo ou método de terapia utilizado. Neste caso, é esperado das transformações metas relacionadas à saúde, a partir de um processo que envolva experiências musicais e suas relações concomitantes. Em resumo, existem razões suficientes para crer que tais transformações podem ser efetivadas através da musicoterapia.

Quarto, as transformações devem se manifestar claramente no setting musicoterápico. Evidências posteriores podem consistir de transformações em acompanhamento fora do setting.

Uma Nota sobre Prudência

Todas as transformações discutidas neste capítulo são transformações *potenciais*. Não é garantido que elas ocorram seja qual for o momento em que seja usada musicoterapia, e elas não se materializam apenas por que foram adotadas como metas. De fato, transformações em *potencial* não são necessariamente possíveis ou mesmo apropriadas para todos os clientes. A *potencialidade* da musicoterapia causar transformação depende não apenas do cliente, mas também do terapeuta e dos métodos utilizados. Todo cliente tem uma capacidade limitada para a transformação; todo terapeuta tem uma capacidade limitada para ajudar o cliente a mudar; e todo método tem capacidade limitada para efetuar a transformação. Em resumo, não obstante o amplo espectro das transformações listadas como resultados em potencial, a musicoterapia não pode causar transformações em todas, na maioria ou em muitas dessas áreas sobre o mesmo cliente como o resultado do curso da musicoterapia.

A implicação da crença ou da divulgação de que muitas transformações em potencial podem ser efetivadas pela musicoterapia é dupla. Primeiro, é clinicamente insalubre trabalhar com muitas metas de uma vez, com apenas um cliente. Quando esforços são feitos para realizar muitas transformações em muitas áreas diferentes, tanto o esforço do cliente como o do terapeuta pode acabar tornando-se difuso demais para ser efetivo. Em segundo lugar, é antiético por parte do terapeuta exagerar nos ganhos potenciais da musicoterapia. O Código de Ética da AMTA afirma:

> 3.6 O musicoterapeuta terá cautela ao predizer os resultados dos serviços oferecidos, embora afirmações razoáveis sobre prognóstico e/ou progressos possam ser feitos. O musicoterapeuta fará apenas estas declarações no que concerne à eficácia dos serviços àqueles clientes voluntariamente submetidos ao escrutínio profissional através de supervisão, publicação em revista científica ou documentação na ficha do cliente. (no original em: *http://www.musictherpy.org/about/ethics/*)

19

UMA DISCIPLINA DE PRÁTICA PROFISSIONAL, TEORIA E PESQUISA

Situando a Definição

Quando definições existentes da musicoterapia foram analisadas (ver capítulo 3), descobrimos que muitas definições estavam preocupadas em esclarecer sua identidade. Especificamente, muitas definições tentaram situar a musicoterapia como uma prática, uma disciplina, uma profissão, ou uma ramificação de uma disciplina ou profissão maior. A definição de 1998 não estipula que se referia a qualquer uma dessas em particular, e inclusive ofereceu muitas diferenciações entre prática, teoria, pesquisa, disciplina e profissão.

Por esta razão, participantes do Grupo de Desconstrução (ver Introdução) pediram mais clareza sobre o que eu acreditava que a definição de 1998 tinha realmente definido. Sua preocupação sobre onde a musicoterapia foi situada na definição e no âmbito da disciplina foi provavelmente motivada pelas redefinições de termos-chave de Stige's (2002) na área (por exemplo, musicoterapia, prática, disciplina e profissão), todos os quais bem diferentes dos quais apresentei na definição de 1998. (Ver Nota 2A para uma comparação detalhada dos dois pontos de vista)

Para situar a definição mais clara e para esclarecer como a definição foi situada dentro da disciplina e profissão, adicionei a seguinte afirmação para a definição.

Conforme definido aqui, musicoterapia é o componente prático profissional da disciplina, que informa e é informado por teoria e pesquisa.

A musicoterapia é antes de tudo uma disciplina da *prática*. A prática é principal fonte, destino e aplicação do conhecimento adquirido em teoria e pesquisa. Como uma *disciplina*, a musicoterapia é um corpo organizado de conhecimento que inclui teoria, pesquisa e prática, os quais informam e são informados um a outro. Como *prática*, a musicoterapia é definida e delimitada a um foco o processo pelo qual terapeutas utilizam a experiência musical e relações para ajudar clientes a otimizar sua saúde. Como uma prática *profissional*, a musicoterapia é definida e delimitada a serviços que um terapeuta devidamente qualificado (como definido no capítulo 7) fornece a um cliente (como definido no capítulo 9) dentro de um acordo formal ou informal, que estipula que o terapeuta irá fornecer tais serviços em troca de remuneração. A disciplina não inclui "musicoterapia popular" (Stige, 2002), a aplicação de

música com intenção terapêutica por indivíduos não treinados, o trabalho recreativo realizado por musicoterapeutas fora de uma relação terapeuta-cliente, ou o uso cotidiano da música para autoaperfeiçoamento. Isso de forma alguma denigre o valor dessas formas alternativas de usar a música beneficamente. Finalmente, a musicoterapia é uma disciplina por direito e não é um ramo de qualquer outra disciplina.

Como profissão, a musicoterapia é praticada por um grupo organizado de pessoas que compartilham, utilizam e desenvolvem este campo de conhecimento e praticam ao longo de seu trabalho como clínicos, supervisores, teoristas, pesquisadores, administradores e educadores. Musicoterapia é uma profissão por direito, e não parte de qualquer outra profissão.

Agora que a musicoterapia foi situada na definição como componente prático de uma disciplina, que também inclui pesquisa e teoria, é hora de definir os outros dois componentes.

Definindo Pesquisa

Pesquisa é uma investigação sistemática e auto-monitorada que leva a descoberta ou a uma nova visão que, quando documentada e difundida, contribui para, ou modifica uma prática ou conhecimento existente. É sistemática na medida em que o pesquisador estabelece um foco ou questão para a investigação e formula um método adequado e organizado de estudálo. É auto-monitorada (ou reflexiva) de forma que o pesquisador observa continuamente e monitora todos os fatores que afetam a integridade ética e acadêmica da investigação. Pesquisa é uma investigação em que o pesquisador não só reúne e organiza a informação, mas também reflete sobre ela adquirir novos conhecimentos. Como tal, a pesquisa sempre vai além da mera coleta de dados para incluir tanto a reflexão quanto a descoberta. A reflexão pode se processar através de várias formas de análise de dados (por exemplo, estatística, lógica, estética); a descoberta pode se dar sob a forma de novos conhecimentos, explicações, compreensões, perspectivas, concepções, significados, inovações ou níveis de consciência. Finalmente, para dar uma contribuição ao conhecimento ou prática, os achados da pesquisa devem ser documentados e difundidos de alguma forma; caso contrário, ela é meramente um conhecimento pessoal que não foi comunicado. Portanto, a pesquisa é, por natureza, pública e coletiva, mais do que privada e individual. Isso não significa que toda pesquisa deva ser publicada; pelo contrário, significa que os resultados da pesquisa, seja qual for o formato, devem ser documentados de modo que possam ser comunicados por outras pessoas.

Com esses critérios é possível estabelecer limites do que é considerado pesquisa e do que não é. O primeiro conjunto de limites necessários é entre pesquisa, prática e teoria; em seguida, são necessários limites para distinguir pesquisa da atividade criativa e da atividade de escrever.

Diferenciando Pesquisa e Prática

A primeira distinção essencial a ser feita é entre a pesquisa e a prática clínica baseada em evidências. Na prática baseada em evidências, o musicoterapeuta recolhe dados científicos sobre a forma como o cliente responde a diferentes intervenções, antes, durante e / ou após estas intervenções que estão sendo implementadas, e depois usa esses dados como parte integrante do tratamento desse cliente. Assim, podemos dizer que a prática baseada em evidências envolve o uso de dados coletados cientificamente como um meio de avaliar as necessidades do cliente, orientando o tratamento, e avaliando o progresso do

cliente. Uma vez que os dados são utilizados especificamente para o benefício do cliente, esta é considerada prática, não pesquisa, mesmo que os dados sobre este cliente possam ser combinados com outros dados e ser parte de uma pesquisa maior. Da mesma forma, em outro tipo de prática baseada em evidências, um musicoterapeuta examina a pesquisa publicada sobre outros clientes e utiliza os resultados da pesquisa para projetar, programar e implementar um plano de tratamento para um cliente específico. Mais uma vez, esta é uma forma de prática, não pesquisa.

A pesquisa é diferente da prática de vários modos significativos. A diferença mais óbvia é que a prática envolve "fazer" algo (por exemplo, trabalhar diretamente com o cliente), enquanto que a pesquisa envolve "estudar" o que está sendo feito com os clientes. Infelizmente, essa distinção simples se confunde facilmente sempre que se começa a estudar o que se faz enquanto está sendo feito, como em pesquisa clínica. A pesquisa clínica é diferente da prática baseada em evidências porque seu objetivo principal é estudar como trabalhar com os clientes, ao invés de modificar o trabalho com um cliente em particular de acordo com os achados do estudo.

Mas mesmo quando há esses tipos de superposições entre prática e pesquisa, distinções muito importantes devem ser feitas. Primeiramente, os objetivos são diferentes. A pesquisa tem como objetivo aumentar ou modificar a base de conhecimento da musicoterapia; em contraste, a prática clínica busca ajudar os clientes a terem saúde. É claro que quanto mais soubermos sobre a musicoterapia, melhor poderemos ajudar os clientes, mas essa diferença de objetivo e orientação tem uma importância considerável na situação clínica imediata. Considere a diferença entre determinar o método de intervenção de acordo com o que o cliente está apresentando no momento ou com o que o cliente necessita terapeuticamente, *versus* determinar o método ou a resposta a um cliente, de acordo com os objetivos de estudo da pesquisa ou com o protocolo para tratamento clínico estabelecido de antemão. Naturalmente, cada pesquisador clínico tenta integrar esses dois objetivos ou mantê-los coerentes entre si, mas nem sempre isso é possível.

Considere também como, na pesquisa, o conhecimento é adquirido por seu próprio valor, enquanto no trabalho clínico, o conhecimento é adquirido para o benefício do cliente. Esse ponto é especialmente importante para diferenciar pesquisa da avaliação diagnóstica e da avaliação na clínica. Esses três aspectos envolvem captar informações, mas o primeiro se interessa pela forma como os dados vão se somar à nossa base de conhecimento, e esses últimos preocupam-se com o modo com que os dados podem ajudar o cliente ou o processo terapêutico. Portanto a utilização do conhecimento é bem diferente. Na pesquisa, o objetivo é estender, generalizar, transferir ou aplicar os achados para clientes e contextos comparáveis, portanto, move-se do dado específico sobre clientes específicos para um conhecimento mais geral. No trabalho clínico, o objetivo é utilizar os dados adquiridos em contextos e clientes específicos.

Outra diferença importante envolve as funções e os beneficiários. A pesquisa inverte os papéis de quem ajuda e de quem é ajudado, conforme encontrados na prática clínica. Na pesquisa, o cliente ajuda o pesquisador a alcançar seus objetivos; no trabalho clínico, o "terapeuta" está lá para ajudar o cliente a alcançar seus objetivos.

Com relação à questão dos beneficiários, há uma diferença entre quem consome e utiliza o conhecimento adquirido na pesquisa *versus* na prática. Tipicamente, os achados da pesquisa são compartilhados pela profissão, que consiste de colegas e quaisquer partes interessadas. Assim, o primeiro beneficiário do conhecimento da pesquisa é o universo profissional, que então o utiliza para o benefício de seus clientes; no entanto, é importante assinalar que na maioria dos casos, esses consumidores não têm envolvimento (ou investimento) direto com o cliente que serviu de sujeito ou participante da pesquisa. Na prática clínica, os dados são comunicados somente aos clientes ou co-

terapeutas que trabalham diretamente com os clientes. Portanto, enquanto as descobertas da pesquisa quase sempre se tornam públicas, a informação clinica é sempre mantida confidencial.

Pelo fato de a musicoterapia envolver uma forma de arte, há outra questão relacionada com suas fronteiras que deve ser considerada. Qual a diferença entre trabalho criativo e pesquisa? A pesquisa não é uma atividade criativa por si, nem o é a atividade da prática clínica sem investigação e descobertas sistemáticas. Assim, por exemplo, as distinções na musicoterapia devem ser feitas entre: escrever canções para a utilização em terapia sem fazer investigação sistemática (i. e., atividade criativa); utilizar canções nas sessões de terapia sem coletar nenhum dado (i. e., trabalho clínico [tratamento]); documentar como certos clientes respondem às canções (i. e., trabalho clínico [avaliação diagnóstica e avaliação]); coletar e sintetizar dados sobre como o cliente responde às canções (i. e., pesquisa [avaliação diagnóstica e avaliação]); e coletar e sintetizar dados sobre como se utilizam canções no tratamento (i. e., pesquisa [tratamento]).

Definindo Teoria

Antes de comparar pesquisa com teoria, temos que definir o que é “teoria”. Há diversas definições, dependendo do campo. Uma teoria pode ser definida como um conjunto de idéias interrelacionadas, formuladas ou discernidas por um teórico para: 1) identificar, organizar e interpretar um conhecimento em um domínio particular; 2) explicar ou compreender fatos relacionados, dados empíricos e fenômenos dentro do domínio; 3) oferecer uma rede conceitual para a tomada de decisões na futura teoria, pesquisa e prática.

Observe que uma teoria não é um achado ou um constructo único, ela é um *conjunto* de ideias que se relacionam logicamente. Diferentemente de um estudo de pesquisa que produz descobertas sobre um fenômeno limitado e muito específico, uma verdadeira teoria tem aplicação num campo inteiro de fenômenos. Pretende-se que ela forneça uma rede abrangente para descrever e organizar mais de um fenômeno de um domínio, mostrando como eles são interrelacionados. Em termos práticos, uma teoria reúne os achados de pesquisa relacionados, estabelece relações entre um conjunto de idéias ou estratégias clínicas similares, ou sintetiza fatos derivados de ambas, da pesquisa e da prática clínica. Portanto, a teoria ultrapassa a pesquisa e a prática para fornecer fundamentos mais completos e articulados para um ou ambos esforços.

Além de vincular e relacionar fatos entre si, os princípios ou constructos teóricos devem explicar ou fornecer uma melhor compreensão dos fatos. Uma teoria deve ir além da descrição e da organização da informação para produzir novos *insights*. Essas novas explicações, compreensões ou *insights* podem aumentar o conhecimento, questionar o que já é conhecido ou suposto, ou modificar as formas de pensamento existentes. Nessa linha, uma teoria é muito mais parecida com um estudo de pesquisa.

Outro aspecto importante de uma teoria é que ela é *criada* por um indivíduo. Os princípios e constructos de uma teoria são na realidade uma “construção” lógica pessoal (alguns poderiam dizer “reconstrução”) de “realidades” clínicas e/ou empíricas; eles são pessoais, contudo são “interpretações” racionais de fatos descobertos através da prática e da pesquisa. Por esse motivo, muitos acham discutível indagar se uma teoria é verdadeira ou falsa ela pode ser apenas útil ou inútil, heurística ou não heurística, dependendo da capacidade de seus constructos de explicarem a informação clínica ou empírica de forma eficiente e econômica, e, consequentemente, de fornecerem uma orientação para resolver os problemas apresentados ou para a tomada de decisões.

Uma teoria sempre se refere a uma área específica de interesse. Na musicoterapia, temos três domínios, cada um contendo diversas áreas de interesse para teóricos. As teorias do domínio da *disciplina* lidam com a pesquisa e a prática de muitas facetas da avaliação diagnóstica, tratamento e avaliação, ou como o terapeuta utiliza a música para ajudar os clientes a alcançarem a saúde. As teorias no domínio *profissional* lidam com a prática e a pesquisa sobre os musicoterapeutas, a educação e o treinamento, o emprego das práticas, etc. Além disso, há muitos domínios das bases *fundamentais* da musicoterapia, incluindo teorias de música, de terapia e outras teorias clínicas.

Diferenciando Pesquisa e Teoria

Na discussão anterior sobre o que é teoria, algumas diferenças entre teoria e pesquisa já foram mencionadas. A teoria tem um escopo mais abrangente do que a pesquisa. Enquanto a teoria pode lidar com um domínio maior, com muitos temas e subtemas, a pesquisa tem que ter limites colocados em seu propósito e foco. Uma teoria pode também combinar e incluir muitos estudos de pesquisa e modelos de prática. Assim, podemos dizer que o propósito da teoria é ampliar nossas perspectivas do que conhecemos, enquanto o propósito da pesquisa é estabelecer o que sabemos através da descrição e explicação do que ocorreu e do que foi observado. A teoria, então, é uma maneira de pensar ou conceber algo; ela tenta colocar a pesquisa e prática existente em uma perspectiva mais ampla que irá expandir seu significado e importância. Outra forma de dizer isso é afirmar que a teoria e a pesquisa se relacionam a "fatos" de forma diferente. Uma teoria nos diz como dar sentido aos fatos; a pesquisa nos diz quais são os fatos. E sso nos remete a uma questão muito importante.

A relação entre teoria e pesquisa é muito influenciada pela orientação da pessoa com relação aos fatos: o paradigma quantitativo (positivista) ou o paradigma qualitativo (não positivista). O mais importante é que esses dois campos possuem diferentes opiniões sobre o que é um "fato". Os pesquisadores quantitativos acreditam que os fatos são verdades objetivas reveladas por investigações sistemáticas realizadas por cientistas "desinteressados"; os pesquisadores qualitativos acreditam que os "fatos" são meramente "construções" do pesquisador ou "co-construções" do pesquisador e participantes baseadas em interações focais. Não é necessário dizer que, desde que "fatos" são o que a teoria tenta esclarecer ou explicar, uma "teoria" é também concebida de diferentes formas. Os pesquisadores quantitativos acreditam que a pesquisa e a teoria contribuem continuamente para um repositório existente de conhecimento ou verdades; os pesquisadores qualitativos acreditam que a pesquisa e teoria, ampliam nossa compreensão das "construções" existentes e, portanto, levam a "reconstruções" que são mais relevantes e constroem mais consenso entre as partes interessadas (Guba & Lincoln, 1994).

O que essas diferenças sugerem é que existem fronteiras mais claras entre teoria e pesquisa no paradigma quantitativo do que no paradigma qualitativo. Para os pesquisadores qualitativos, desde que haja dados, um foco e uma investigação sistemática, fazer pesquisa é teorizar (isto é, construir e reconstruir), e teorizar é parte de fazer pesquisa. Em função da proximidade dessa conexão, emergem outras questões relacionadas com as fronteiras.

A teoria e a pesquisa são geralmente confundidas com escrever sobre as idéias de uma pessoa ou sobre seu trabalho clínico. Três exclusões podem ajudar a clarear as diferenças entre elas. Em primeiro lugar, teoria e pesquisa não incluem apresentações por escrito das descobertas ou insights baseados nas experiências gerais do escritor, mas que não sejam baseados em um corpo específico de dados clínicos ou empíricos. Isso inclui declarações de opiniões, auto-descrições e especulações que não se refiram a uma prática ou pesquisa existente. Portanto, para ser pesquisa, deve haver uma investigação sistemática e

descoberta, ou, em termos mais concretos, coleção de dados, análise e interpretação. A pesquisa não é um ato de sabedoria ou introspecção. Seu propósito não é apresentar o que já é conhecido, mas descobrir o que não é conhecido. E, para ser teoria, deve haver um conjunto de princípios interrelacionados que organizam e esclarecem o que é conhecido através da prática ou da pesquisa.

Segundo, a teoria e a pesquisa não incluem exposições por escrito que apresentem dados clínicos não delimitados ou desorganizados sem a tentativa de chegar a uma descoberta ou *insight* que possuam quaisquer implicações além dos dados. Estão aí incluídos os diários relatórios e registros clínicos que não apresentem conclusões baseadas em dados.

Terceiro, a teoria e a pesquisa não incluem investigações e especulações que não tenham sido auto-monitoradas . Estão incluídos trabalhos escritos apresentados como "pesquisas" mas que não dão nenhuma indicação de que o investigador tenha cumprido os passos de modo a assegurar a integridade dos dados ou dos achados, e trabalhos escritos que apresentam princípios ou constructos que não estejam claramente vinculados a algum dado empírico ou clínico.

Resumo

A musicoterapia é uma disciplina que consiste em práticas profissionais, juntamente com teoria e pesquisa diretamente relacionadas com estas práticas. Como uma prática profissional, a musicoterapia é um serviço prestado a um cliente por um terapeuta devidamente qualificado como parte de um acordo. A disciplina não inclui "terapia de música popular" ou os usos benéficos da música fora de uma relação profissional cliente-terapeuta.

A pesquisa é uma investigação sistemática e auto-monitorada que leva a uma descoberta ou a um novo insight, que, quando documentados e difundidos, contribui para, ou modifica, o conhecimento ou prática existente. A pesquisa e a prática se sobrepõem na prática baseada em evidências e na pesquisa clínica; no entanto, existem muitas distinções importantes que devem ser feitas entre pesquisa e prática para proteger os interesses do cliente.

A teoria é um conjunto de princípios ou constructos interrelacionados que foram criados por um teórico para descrever, organizar, esclarecer e explicar fatos empíricos e fenômenos de um domínio em particular e, consequentemente, fornecer uma rede conceitual para a tomada de decisões. A pesquisa e teoria têm o mesmo objetivo ampliar o conhecimento e a compreensão da musicoterapia; no entanto, uma teoria ultrapassa a pesquisa por lidar com um domínio mais amplo de conhecimento e por fornecer uma concepção mais completa e articulada dele. Há uma distinção mais clara entre teoria e pesquisa no paradigma quantitativo do que no qualitativo. A teoria e a pesquisa não incluem apresentações de trabalhos ou escritos clínicos que não possuam base de dados ou careçam de métodos de investigação sistemáticos e auto monitorados.

20

CRITÉRIOS PARA DEFINIÇÃO E DELIMITAÇÃO DAS ÁREAS E NÍVEIS DA PRÁTICA

A enorme diversidade da musicoterapia tem importantes implicações – por sua própria natureza, qualquer definição deve garantir que as muitas variações da prática que por direito pertencem a suas fronteiras lhe sejam incluídas, enquanto define limites para identificar aquelas variações que as ultrapassam. Uma forma de fazê-lo é organizar e classificar as diferentes práticas de acordo com as semelhanças e diferenças e, ao fazê-lo, estabelecer os critérios para compará-las e delimitá-las. Para este fim, a literatura clínica em musicoterapia foi examinada e as diferentes práticas definidas e diferenciadas. O presente capítulo é o resultado deste exame; seu propósito é apresentar critérios para a diferenciação e definição das áreas e dos níveis de prática. Os capítulos subseqüentes darão exemplos específicos.

Áreas da Prática

Uma *área* da prática é definida pelo seu foco primário, ou pelo o que está em primeiro plano no que concerne ao cliente, ao terapeuta e à instituição. Quatro questões são relevantes. A primeira, qual é a questão de saúde prioritária para o cliente? Quando um cliente entra em uma instituição, programa ou consultório, é devido a uma preocupação particular com sua saúde; quando clientes procuram os serviços de um musicoterapeuta, é sempre com um propósito em particular; e quando profissionais encaminham clientes para a musicoterapia, normalmente é para tratar algo específico. Todas essas motivações para buscar ajuda formam o foco clínico ou o primeiro plano da terapia, e devido a isto, normalmente são eles que dão forma ao contrato terapêutico, determinam os tipos de serviços prestados e indicam as condições em que a terapia deve acabar.

A segunda, qual é o problema de saúde prioritário para a instituição, programa ou terapeuta no tratamento do cliente? Muitas clínicas e programas focam numa clientela ou problema de saúde em particular e definem sua missão de acordo. Assim, quando um programa de musicoterapia é um serviço prestado por uma instituição, ele já tem um foco de saúde amplo. O primeiro plano para a musicoterapia numa casa de repouso é bem diferente se comparado a uma escola ou hospital psiquiátrico. De forma similar, terapeutas muitas vezes estabelecem uma área especializada que atrai uma clientela em particular.

A terceira, qual é o objetivo do musicoterapeuta? Não obstante as razões do cliente para estar em musicoterapia ou a missão da instituição ao servir o cliente, cada musicoterapeuta concebe suas metas

diferentemente, normalmente de acordo com sua orientação teórica e metodologia. Terapeutas que usam métodos improvisativos dentro de uma orientação psicodinâmica têm um foco clínico diferente daqueles usando métodos receptivos em uma orientação comportamental.

A quarta questão, qual é a natureza da relação cliente-terapeuta? Os papéis do cliente e do terapeuta, seus títulos e a natureza de seu relacionamento, tudo reflete um foco clínico. Num ambiente escolar, cliente e terapeuta provavelmente referir-se-ão um ao outro como professor e aluno; em um hospital os títulos provavelmente serão paciente e terapeuta. Estes títulos implicam certos papéis e responsabilidades, e com eles certos parâmetros para sua relação. Um terapeuta no setting hospitalar abordaria certos aspectos da vida de um cliente que um professor não ousaria abordar num ambiente escolar.

Baseado neste critério, seis áreas principais da musicoterapia foram identificadas: didática, médica, cura, psicoterapêutica, recreativa e ecológica.

A área *didática* da prática musicoterápica se foca na ajuda aos clientes para que estes adquiram conhecimentos, comportamentos e habilidades necessárias para sua vida funcional independente, adaptação social e qualidade de vida.

A área *médica* da prática musicoterápica objetiva lidar com o amplo espectro de necessidades dos clientes em condições de saúde agudas ou crônicas, que ocorram em qualquer momento durante o curso de sua doença, tratamento ou recuperação.

A área de *cura* da prática musicoterápica se concentra na restauração da harmonia e da completude no indivíduo e entre ele e o seu mundo, utilizando variadas combinações de vibrações, sons, músicas e relações.

A área *psicoterapêutica* da prática musicoterápica tem seu foco na ajuda a clientes para que otimizem sua saúde mental, emocional e/ou espiritual.

A área *recreativa* da prática musicoterápica se concentra no auxílio aos clientes para que estes encontrem prazer e significado na diversão, no brincar/tocar (*play*), na recreação ou entretenimento.

A área *ecológica* da prática musicoterápica se foca na ajuda aos clientes para que estes otimizem sua saúde dentro de si e entre si, no contexto sociocultural e no meio ambiente físico.

Níveis da Prática

Cada *área* consiste de práticas clínicas que variam de acordo com o *nível* da terapia. Um *nível* descreve amplitude, profundidade e significância do processo terapêutico e as transformações alcançadas aí, os quais por sua vez refletem o nível exigido de treino do terapeuta. A Tabela 20-1 apresenta os critérios mais importantes utilizados. Outros escritores que definiram níveis similares incluem Maranto (1993), Wheeler (1981, 1983) e Wolberg (1967). O presente autor também já ofereceu outras versões (BRUSCIA, 1987b, 1989a, 1998a) e relacionou estes níveis da prática ao conteúdo da educação e treinamento na graduação e pós-graduação (BRUSCIA, 1989b). A Associação Americana de Musicoterapia (AMTA, 2008) também propôs dois níveis de prática, profissional (nível de acesso, bacharelado e credencial) e avançado (estudos ou treinamentos avançados além do bacharelado); entretanto, estes níveis delineiam o grau de treinamento e competência do terapeuta mais do que os níveis de prática como definidos aqui.

Note que nem todo critério é totalmente relevante para todas as áreas. Isto é, um critério pode ser

relevante em determinados níveis de prática em certa área (p.ex., didática), mas não em outra (p. ex., médica). Como será visto nos capítulos que se seguem, ao determinarmos os níveis de terapia, diferentes critérios se aplicam a diferentes áreas da prática. Assim, a área da prática dá forma aos níveis que encerra.

Indo mais além, um musicoterapeuta pode estar trabalhando em certo nível com um cliente ou grupo e então mudar para outro. Por exemplo, o trabalho pode começar em um nível aumentativo; quando indicado, mudar para o nível intensivo; e se necessário, reverter para o nível aumentativo.

Tabela 20-1: Critérios para Determinar os Níveis da Prática

Relevância para as Necessidades Primárias de Saúde: a medida em que a prática lida com necessidades prioritárias de saúde para o cliente.

Independência Clínica: a medida em que a prática assume total responsabilidade sobre o tratamento das necessidades prioritárias de saúde do cliente.

Amplitude: a medida em que a prática trata uma gama de necessidades de saúde prioritárias e secundárias, levando a transformações penetrantes no cliente.

Contexto: a medida em que a prática visa uma transformação individual, coletiva e/ou contextual.

Profundidade: a medida em que a prática lida com fatores casuais, estruturais, latentes ou inconscientes assim como questões sintomáticas ou manifestas, levando a transformações interiores e exteriores.

Intensidade: A duração, frequência e regularidade das sessões necessárias para alcançar as metas da prática.

Relações entre os Papéis: a medida em que a prática exige uma relação profissional entre cliente e terapeuta, e as considerações éticas implicadas.

Uso da Música e do Terapeuta: a medida em que a prática envolve a experiência musical, o terapeuta e a relação entre eles.

Desafio: a medida em que a prática requer o engajamento do cliente e o desafia a fazer as transformações necessárias.

Treinamento: a quantidade de treinamento especializado ou avançado necessário pelo terapeuta para implementar a prática.

———

É importante notar que os critérios se afetam mutuamente. Isto é, a relevância da musicoterapia para a demanda do cliente determina quanta independência clínica se terá, o que por sua vez afeta a profundidade das intervenções e o grau de transformação do cliente.

Dadas as sobreposições e as relações entre estes níveis, nem sempre é possível traçar linhas evidentes de demarcação entre um nível e outro. Existem áreas borradas nas fronteiras entre os níveis, e esta confusão geralmente encoraja divergências sobre a que nível pertence determinada prática. Isto leva no limite à questão: por que motivo estabelecer os níveis, se estes são tão difíceis de discernir? Muito simples – a prática ética o requer. Os níveis de prática nos ajudam a garantir que as diferentes abordagens e métodos da musicoterapia sejam praticados de forma competente e segura.

Nível Auxiliar

O nível auxiliar inclui qualquer prática que tenha metas musicais ou não musicais que não sejam relacionadas à saúde mas que no entanto sejam benéficas. A prática não as qualifica como terapia, seja na meta, conteúdo, método ou relacionamento entre o provedor e o consumidor. Ou os indivíduos que recebem o serviço não se qualificam como "clientes" ou o provedor não age na qualidade de terapeuta, ou as intervenções não são parte de um processo terapêutico que leve à transformação. As práticas auxiliares são periféricas à musicoterapia no que elas não correspondem aos critérios estabelecidos para a musicoterapia como prática profissional. Elas não são, portanto, consideradas como fazendo parte dos limites da musicoterapia.

Exemplos incluem o ensino de música para alunos especiais; o uso de música de fundo para melhorar o ambiente de aprendizagem, trabalho, familiar ou terapêutico; o uso pessoal da música para relxar, diminuir o estresse, afastar a solidão, examinar ou liberar sentimentos, etc.; o uso pessoal da música para recreação; o fazer musical recreativo dentro da comunidade; o uso da música como acompanhamento em cerimônias, rituais, comícios, etc.

Nível Aumentativo

O nível aumentativo inclui qualquer prática na qual a música ou a musicoterapia é usada para aumentar os esforços de outras modalidades de tratamento e para fazer contribuições de apoio à saúde do cliente. A prática serve para aumentar a educação, o desenvolvimento ou a terapia de indivíduos que se encaixam na categoria de "cliente" do capítulo anterior. Neste contexto, "aumentar" significa adicionar algo único, seja aos esforços do próprio indivíduo nas transformações terapêuticas, seja nos serviços, programas ou modalidades de tratamento que também estão sendo oferecidas a ele. É claro, o adicional único é a música.

A musicoterapia no nível aumentativo frequentemente congrega as metas das outras disciplinas e exerce um papel de apoio, ainda que importante. Normalmente, este papel envolve melhorar, elaborar, expandir, reforçar ou preparar para aquilo que os outros terapeutas estão empenhandose para conquistar com o cliente.

Em termos de outras classificações, este nível corresponde ao nível "atividade" de Wheeler (1983) e ao nível "suporte" de Wolberg (1977) no que diz respeito à psicoterapia. Ao sintetizar os dois, Wheeler atribui as seguintes características a este nível: (1) o alcance das metas através de atividades mais do que de insights verbalizados; (2) a supressão de sentimentos e impulsos em favor do desenvolvimento de comportamentos adaptativos; (3) o foco está nos comportamentos mais do que em processos dissimulados ou links causais; (4) a utilização dos recursos do cliente; (5) um relacionamento positivo com o terapeuta, que assume uma função altamente diretiva na condução da sessão; e (6) uma necessidade mínima do terapeuta produzir insights de seus próprios sentimentos.

Os exemplos incluem usar a música para abordar as questões e necessidades de desenvolvimento do cliente, usar a instrução musical como contexto para a terapia, usar atividades musicais para desenvolver comportamentos e habilidades adaptativas, usar a música para facilitar procedimentos médicos, usar a música para otimizar os efeitos da medicação, usar a música para ajudar os clientes a identificar os recursos necessários para lidar com um problema, usar a música para desenvolver habilidades recreativas e melhorar as horas de lazer, usar a música para promover a comunicação

intergeracional e assim por diante.

Este nível da prática é apropriado para aqueles terapeutas no nível de acesso, isto é, o que nos EUA ocorre após o bacharelado com estágio supervisionado, a aprovação em exame nacional e a obtenção da credencial do nível de acesso como musicoterapeuta (MT-BC, *Board Certified Music Therapist*).

Nível Intensivo

O nível intensivo inclui qualquer prática na qual a musicoterapia assume um papel significativo ao abordar questões prioritárias da saúde do cliente e promover transformações significativas à condição atual do cliente. Neste nível, o musicoterapeuta trabalha em parceria com outras modalidades de tratamento como um igual ou como o terapeuta principal. Como mencionado anteriormente, as diferenças essenciais entre as práticas aumentativas e intensivas podem ser melhor descritas nos termos piagetianos de *acomodação* (a adaptação de estruturas existentes para satisfazer novas demandas) e *assimilação* (adaptar as novas demandas para se encaixar nas estruturas existentes). Quando usada na modalidade aumentativa, a musicoterapia *acomoda* as metas das outras modalidades de tratamento e desse modo *assimila* as necessidades do cliente no campo da música. Quando utilizada como uma modalidade intensiva ou primária, a musicoterapia assimila as metas de outras modalidades de tratamento de forma a *acomodar* as necessidades do cliente.

Nos termos das classificações de Wheeler e Wolberg, isso corresponde ao nível reeducativo de terapia, no qual o cliente se submete a um tratamento de suporte intensivo direcionado à aprendizagem de novas formas de resolver problemas e, desse modo, alcançar um patamar mais alto de funcionalidade, mas sem fazer transformações de natureza reconstrutiva. Maranto (1993) chama este nível de “específico”.

Como este nível é aparelhado para abordar um amplo espectro de necessidades do cliente, os procedimentos de avaliação diagnóstica e tratamento podem ser tirados de outras áreas da prática. Assim, é neste nível que sobreposições são muitas vezes encontradas entre práticas didáticas, psicoterapêuticas, de cura, médicas, recreativas e ecológicas. A razão para tais sobreposições é que existe mais de uma tendência na visão holística das necessidades do cliente, ao mesmo tempo em que aumenta a responsabilidade do terapeuta em corresponder tais necessidades.

Exemplos incluem utilizar a musicoterapia para melhorar o relacionamento familiar, usar a música para ajudar indivíduos a mudar a si mesmos e à sua comunidade, usar a música como parte integral de ludoterapia, ou psicoterapia musical orientada a insights, usar a musicoterapia para resolver questões biopsicossociais e espirituais de pacientes médicos e para resolver questões e problemas de desenvolvimento.

Este nível de prática é apropriado para terapeutas que já estão além do nível de entrada e adquiriram competências avançadas através de treinamento e formação no nível de pós-graduação, assim como trabalho clínico supervisionado neste nível.

Nível Primário

No nível primário, a musicoterapia assume função indispensável ou singular no cuidado das principais demandas terapêuticas do cliente, provocando transformações penetrantes em sua saúde e em sua vida. O cliente passa por um tratamento mais intenso e abrangente voltado para a alteração das suas estruturas básicas e daquelas que mantém com seu meio ambiente, deste modo abordando as causas nucleares de sua condição de saúde. Nas classificações de Wheeler e Wolberg este nível é chamado “reconstrutivo”, enquanto que para Maranto é chamado de “abrangente”.

A musicoterapia neste nível quase sempre envolve a integração de uma área da prática com alguma outra. Como tais, as áreas da musicoterapia começam a se fundir para que todos os recursos da disciplina possam ser aplicados para tratar as necessidades do cliente.

Assim, dois critérios devem ser observados para se qualificar uma prática como musicoterapia primária: (1) quando o trabalho em uma área da prática tem a profundidade necessária para induzir transformações no cliente que sejam fundamentais, profundas e penetrantes, e (2) quando o trabalho tem amplitude suficiente de forma que as metas e os processos da área de prática original sejam estendidos para incluir outra área de prática. Assim, a terapia primária tem igualmente profundidade e amplitude, tanto no processo como na transformação.

Esta prática é apropriada apenas para terapeutas com vasta formação e experiência clínica, ao menos com nível de mestrado.

21

PRÁTICAS DIDÁTICAS

As práticas didáticas são aquelas cujo foco é ajudar os clientes a adquirirem os conhecimentos, comportamentos e habilidades necessários para uma vida funcional e independente e para a adaptação social e qualidade de vida. Em todas essas práticas, o aprendizado e o desenvolvimento estão no primeiro plano do processo terapêutico. Isso inclui todas as aplicações da musicoterapia em salas de aula e em ateliês particulares assim como em outros settings (hospitais gerais ou psiquiátricos, clínicas de repouso) em que os principais objetivos do programa são de natureza essencialmente educacional ou de desenvolvimento.

As práticas dessa área variam de acordo com a área de aprendizado enfatizada (por exemplo, musical ou não musical), com o valor terapêutico do aprendizado, com a extensão com que os objetivos e métodos possam ser individualizados para atingir as necessidades e problemas específicos do cliente e a natureza da relação cliente-terapeuta.

Os clientes que mais precisam da musicoterapia didática incluem indivíduos com qualquer tipo de limitação ou problema de desenvolvimento (p. ex., intelectual, sensorial, físico, múltiplo, emocional, interpessoal, social), indivíduos com problemas de aprendizado que interferem em seu progresso acad êmico, indivíduos institucionalizados que precisam de habilidades adap - tativas e músicos ou estudantes de música com necessidades psicoterapêuticas.

Para uma descrição compreensiva das práticas didáticas, ver *Hintz's Guidelines for Music Therapy Practice in Developmental Health* (2013).

Distinções

Considerando as muitas formas com que o aprendizado participa da musicoterapia, as fronteiras entre a educação, o desenvolvimento relacionado com o crescimento e a transformação terapêutica são fácil e frequentemente obscurecidas. Vamos então observar mais de perto o que os distingue para que os diferentes níveis das práticas didáticas possam ser melhor entendidas.

Educação e Terapia

A educação e a terapia são semelhantes no sentido de que ambas ajudam a pessoa a adquirir conhecimento e habilidades. No entanto, *nem toda* educação é terapia, e *nem toda* terapia é educação.

Muitas distinções importantes podem ser feitas.

Primeira e mais importante, os objetivos são diferentes. Na educação, adquirir conhecimento e habilidades é o objetivo primário, enquanto na terapia é apenas um meio de alcançar alguma faceta da saúde. Portanto, a educação enfoca a aquisição de conhecimento e habilidades por seu próprio benefício, enquanto a terapia trabalha para abordar os déficits educacionais ou os problemas da aprendizagem que afetam diretamente a saúde ou o bemestar de uma pessoa.

Na educação, a matéria que é o objeto da aprendizagem é geral, e não específica do indivíduo, enquanto que na terapia é sempre pessoal ou autobiográfica. Isto é, a educação dá ao estudante conhecimento sobre o mundo, enquanto a terapia fornece ao cliente o acesso ou insight de sua própria forma de ser e estar no mundo. A educação constrói habilidades que todos os seres humanos necessitam para a adaptação, enquanto a terapia remedeia problemas específicos que um indivíduo experiencia com relação à adaptação.

Bloch (1982) salienta que a aprendizagem na terapia é singular no sentido em que á da ordem da experiência e é auto-reflexiva. É da ordem da experiência porque o cliente experimenta várias facetas de si (mente, corpo, comportamento) de vários modos (p. ex., intelectualmente, perceptivamente, fisicamente, emocionalmente). Ela é auto-reflexiva no sentido em que:

> O paciente passa por algumas experiências intensas no curso de uma sessão; ele é encorajado a mergulhar nelas sem inibição ou constrangimento, e, quando a intensidade da experiência declina, o *loop* auto-reflexivo entra em funcionamento. O paciente tenta então entender o que acabou de vivenciar para tentar dar sentido à experiência. (p. 11-12)

Isso é verdadeiro para todos os tipos de terapia e cura, incluindo aquelas com objetivos educacionais, médicos e psicoterapêuticos. O cliente deve passar pelo processo de tratamento para alcançar a saúde e depois refletir sobre ele para melhor compreender como manter a saúde de forma mais independente.

A relação professor-aluno é substancialmente diferente da relação cliente-terapeuta – em termos das responsabilidades, do nível de intimidade, da dinâmica e do conteúdo. Um estudante não traz problemas pessoais ou de saúde para o professor a não ser que eles afetem seu aprendizado na matéria ministrada; um cliente não leva problemas educacionais para o terapeuta a não ser que eles afetem sua saúde. Um professor não investiga a natureza de problemas pessoais ou de saúde do estudante, principalmente se eles não afetam a performance deste na matéria; um terapeuta investiga, independentemente de suas implicações educacionais. Um professor motiva o estudante a aprender uma matéria ou dominar uma habilidade; um terapeuta ajuda o cliente a alcançar a saúde, algumas vezes ensinando conhecimentos ou habilidades.

As distinções são as mesmas com relação à educação musical e à musicoterapia. Na educação musical, o aprendizado e apreciação musical é o objetivo último; na musicoterapia ela é um meio para atingir um fim, um meio em que a terapia tem lugar e um resultado deste processo. Na educação musical, os objetivos são primeiramente estéticos ou musicais e secundariamente funcionais; na musicoterapia, os objetivos são primeiramente relacionados com a saúde e qualidades estéticas ou musicais são essenciais para alcançar essas metas. Na educação musical, a ênfase é dada ao mundo universalmente compartilhado da música. Na musicoterapia é dada ênfase ao mundo musical particular da pessoa. Na educação musical, a relação professor-aluno está limitada às questões musicais; na musicoterapia, a

relação cliente-terapeuta aborda as questões de saúde que podem ser trabalhadas através da música.

Terapia e Crescimento

Outra distinção a ser feita é entre terapia e auto-aperfeiçoamento, autoatualização ou desenvolvimento relacionado ao crescimento. Duas considerações principais são relevantes. Primeira, na terapia, a motivação primária é abordar questões de saúde; no auto-aperfeiçoamento e atualização o foco principal nem sempre está na saúde. Assim, no primeiro, há uma preocupação relacionada com a saúde e no último, não há.

Segunda, a terapia sempre envolve intervenção na presença de uma relação cliente-terapeuta. No auto-aperfeiçoamento, auto-atualização e desenvolvimento relacionado ao crescimento, pode haver ou não a intervenção de outra pessoa, e, quando há, a pessoa não é necessariamente um terapeuta.

Assim, qualquer forma de auto-aperfeiçoamento ou crescimento que não envolva uma intervenção em um contexto da relação cliente-terapeuta e de todos os papéis de responsabilidade que lhe são inerentes não é considerada uma forma de terapia.

A importância dessas distinções ficará mais clara à medida que as várias práticas relacionadas com a aprendizagem, a educação e a instrução forem examinadas mais tarde. Uma descrição das diversas práticas didáticas dentro de cada nível de terapia é apresentada a seguir.

Práticas Didáticas Auxiliares

Na *Educação Musical Especial*, o professor de música ou terapeuta usa técnicas adaptativas ou compensatórias para facilitar ou maximizar o aprendizado *musical* de alunos com necessidades especiais num setting escolar regular. Metas curriculares específicas incluem o aprendizado de conceitos e habilidades musicais em geral e a participação bem-sucedida em conjuntos musicais. Exemplos são citados nos livros de Adamek & Darrow (2010) e Hammel & Hourigan (2011). Também subsumido a esta prática é o uso de técnicas adaptativas ou compensatórias para facilitar ou maximizar o estudo privado de música (canto ou instrumento) para alunos com necessidades especiais. Exemplos são mostrados em Cassity (1977), Darrow & Cohen (1991) e Oden (2013).

Em *Desenvolvimento e Música*, experiências musicais apropriadas por faixa etária são usadas para estimular o desenvolvimento geral de lactentes e pré-escolares sem deficiências ou necessidades especiais no desenvolvimento. Aqui a ênfase é nos processos de desenvolvimento normal tanto na área musical como não musical. Como tal, as metas podem ser auxiliar o desenvolvimento de habilidades sensório-motoras, perceptivas ou cognitivas ou que melhorem os relacionamentos entre pais e filhos ou o crescimento emocional. Também dentro desta categoria está o uso da música na pré-escola regular ou creche. Ver Schwartz (2008) para abordagens em Música e Desenvolvimento e Musicoterapia e Desenvolvimento.

Na *Instrução Musical Terapêutica*, o professor particular ou terapeuta trabalha com alunos sem necessidades especiais que experimentam obstáculos ou problemas pessoais no que diz respeito à autoexpressão musical ou ao próprio processo de aprendizado da música. Aqui o objetivo é primeiramente o aprendizado musical e a eliminação das dificuldades pessoais é o meio para este fim.

Exemplos são citados em Gregoire et al. (1989), Nichols-Rother (1995) e Ostwald (1968).

Na *Música Didática*, experiências musicais são utilizadas funcionalmente em um ambiente de formação ou educativo para ajudar ou enriquecer o aprendizado não musical. Exemplos incluem o uso de música de fundo para acelerar o aprendizado (CAMPBELL, 2001; HALPERN, 1985; MILLER & SCHYB, 1989; OSTRANDER & SCHROEDER, 1979), usando a música para otimizar a formação e treinamento em saúde e facilitar a educação em saúde pública (DILEO, 2013) e demonstrações da musicoterapia com propósitos de formação (BRUSCIA, 2013).

Práticas Didáticas Aumentativas

Na *Musicoterapia na Educação Especial*, o terapeuta usa a música para ajudar alunos especiais a ganhar conhecimentos e habilidades *não musicais* que são essenciais ou que fazem parte da sua educação, desenvolvimento ou adaptação. Aqui o aprendizado musical é o meio ou canal para alcançar as metas acadêmicas ou adaptativas da educação especial, ou a música tornase importante justamente por estar de certa forma relacionada com esses objetivos.

Na *Musicoterapia Educativa*[11], um musicoterapeuta, trabalhando no contexto de uma aula particular, usa as experiências do aprendizado musical para abordar as necessidades terapêuticas do cliente. Aqui o aprendizado musical é secundário aos objetivos terapêuticos, embora estabeleça suas bases. *A Musicoterapia Educativ*a geralmente é ministrada através de práticas privadas ou em escolas de música comunitárias.

Na *Musicoterapia Comportamental*, o terapeuta utiliza a música para aumentar ou modificar comportamentos adaptativos (ou apropriados) e para extinguir comportamentos desadaptados (ou inapropriados). Os clientes podem ser atendidos na sala de aula, em grupo terapêutico ou de forma individual.

Na *Terapia com Atividade Musical*, o terapeuta utiliza atividades ou tarefas musicais para ajudar o cliente a desenvolver conhecimentos, habilidades ou comportamentos necessários à adaptação. As atividades musicais são estruturadas ou selecionadas de forma que a participação nelas exija do cliente que este aprenda ou pratique uma determinada competência. O foco primário é aprimorar o comportamento adaptativo através da aquisição de conhecimentos e habilidades nos domínios sensório-motor, perceptivo, cognitivo, emocional ou social.

Práticas Didáticas Intensivas

Na *Musicopsicoterapia do Desenvolvimento*, o foco está em ajudar o cliente a ultrapassar obstáculos e problemas em seu desenvolvimento em mais de uma área (p. ex., sensório-motora, cognitiva, afetiva, interpessoal). Como tal, as metas se estendem além da educação e da adaptação para incluir facetas do desenvolvimento emocional, interpessoal e espiritual do cliente. Material biográfico, antecedentes familiares, emoções privadas e desenvolvimento da personalidade são todos de interesse. Esta prática é considerada como sendo do nível reeducativo em psicoterapia e normalmente requer métodos e técnicas profundas. A prática pode também se ocupar de problemas no desenvolvimento emocional, interpessoal ou espiritual resultando de condições físicas ou médicas.

A *Musico-psicoterapia Educaciona*[12]*l* é o uso de aulas particulares de música como contexto para psicoterapia individual. Aqui a abordagem é mais didática do que desenvolvimentista, onde os problemas pessoais e interpessoais do cliente são vistos de uma perspectiva mais psicoterapêutica e menos focada no desenvolvimento, e assim o aprendizado musical fornece o contexto para o processo terapêutico.

Práticas Didáticas Primárias

As práticas didáticas assumem o nível primário de terapia sob duas condições: quando o trabalho leva a transformações significativas e profundas nas áreas de aprendizagem sendo abordadas e quando os objetivos e os processos ultrapassam as questões pedagógicas e educacionais para incluir as de outras áreas da prática (p. ex., médica, psicoterapêutica, ecológica). Resumindo, a terapia primária envolve um processo de tratamento e transformação caracterizado tanto pela profundidade quanto pela amplitude. É sempre reconstrutiva por natureza, e sempre envolve uma abordagem integrativa.

22

PRÁTICAS MÉDICAS

A área médica da prática tem como foco a resolução da miríade de necessidades terapêuticas de uma pessoa que pode advir, ou se dar durante, ou como resultado de uma condição médica aguda ou crônica e/ou de seu tratamento. Isto inclui todas as aplicações da música e da musicoterapia que fornecem tratamento direto dessas condições e seus sintomas, variados tipos de suporte que podem ser necessários durantes exames médicos, cirurgias ou procedimentos e processos terapêuticos que lidam com as necessidades emocionais, interpessoais, sociais, espirituais e ecológicas, do cliente e de sua família. Muitas vezes essas três metas são buscadas consecutivamente.

Os níveis da prática dentro da área médica variam de acordo com:

- As funções diferenciais da música e da relação cliente-terapeuta;
- Se as metas da musicoterapia têm importância médica primária ou secundária;
- Se o tratamento médico é de curto ou longo prazo;
- Qual é o setting clínico (p. ex., hospital, clínica, centro de reabilitação, hospital psiquiátrico, casa)

Outros critérios e níveis da prática médica foram identificados por Maranto (1992a), também conhecida como Dileo (1991, 1997, 1999).

Práticas Médicas Auxiliares

Na *Música Terapêutica*, uma pessoa utiliza a música para manter sua própria saúde, para prevenir doenças ou enfermidades e/ou para reforçar suas resistências contra ameaças à saúde física de diversos tipos. A pessoa pode fazer isso independentemente, consultando diversas fontes (p. ex., especialistas, livros, palestras, *workshops*), ou participando de um programa estabelecido que utilize a música para fins de manutenção de saúde ou prevenção de problemas médicos específicos.

Exemplos incluem o uso pessoal da música para relaxar o corpo, reduzir o estresse, manejar a dor, suportar exercícios físicos ou terapêuticos, monitorar funções autônomas, melhorar o desempenho em atividades esportivas, dentre outras.

Na *Música Funcional em Medicina*, o pessoal médico (não musicoterapeutas) usa músicas ambiente em diferentes cenários (p. ex., salas de espera, consultórios, quartos privados, centros

cirúrgicos) para melhorar a atmosfera e reduzir o estresse, ansiedade ou desconforto do paciente (DILEO, 1999). Isso pode incluir também os diferentes usos de programação musical em diferentes áreas do hospital (p. ex., unidades de terapia intensiva, quartos de pacientes) e entretenimento musical fornecido a pacientes durante sua estada em um hospital ou centro de reabilitação.

Práticas Médicas Aumentativas

Na *Musicoterapia em Medicina*, um musicoterapeuta utiliza experiências musicais dentro de uma relação cliente-terapeuta de apoio para fornecer aos pacientes alívio imediato dos sintomas de alguma doença ou das reações a um procedimento médico. Isto pode ser alcançado através da intervenção direta e/ou pelo ajuste do ambiente psicológico ou físico. A prática pode ter lugar antes, durante ou depois da cirurgia ou outro procedimento médico e durante breves estadas em cuidados intensivos ou psiquiátricos. A música assume uma função predominante, mas sua aplicação efetiva depende da expertise do musicoterapeuta e da segurança da relação cliente-terapeuta. Esta prática é mais comumente usada como uma forma de terapia breve, envolvendo uma ou mais sessões em um curto período de tempo. Exemplos incluem o uso da música para:

- Reduzir ansiedade, estresse e desconforto durante e imediatamente após um procedimento ou durante uma breve estada;
- Facilitar anestesia e o recobrar da consciência;
- Fornecer divertimento e distração durante um procedimento ou uma breve estada;
- Melhorar os efeitos da medicação para dor;
- Facilitar o sono, sedação e excitação;
- Facilitar o relaxamento durante o trabalho de parto;
- Assistir o monitoramento e controle de respostas fisiológicas durante um procedimento ou breve estada;
- Aumentar o consumo de alimentos e o ganho de peso em unidade de cuidado neonatal intensivo;
- Melhorar a qualidade de vida durante os estágios finais antes da morte.

Práticas Médicas Intensivas

Na *Musicoterapia Médica*, experiências musicais e as relações formadas através destas são utilizadas para tratar demandas importantes dos pacientes em longos períodos de tempo, isto é, entre um procedimento de curto prazo a longas internações. Isso pode envolver trabalhar com os pacientes em uma variedade de settings (hospital, clínica, casa, hospital psiquiátrico, consultório particular), com a duração do tratamento variando de acordo com a natureza da condição médica e da relação do cliente com ela. Exemplos incluem fornecer musicoterapia durante a gravidez até o nascimento, durante uma longa estadia no hospital, durante convalescência ou serviço ambulatorial contínuo, pelo período que durar determinada enfermidade àqueles pacientes fora do hospital, como parte integral do tratamento à queimados e assim por diante.

As metas da musicoterapia médica podem incluir abordar necessidades biomédicas dos pacientes, assim como trabalhar questões emocionais, interpessoais, sociais, espirituais e ecológicas que aparecem para o paciente e sua família durante a doença e seu tratamento. Stanley (1986) cita os seguintes usos da musicoterapia que pertencem a esta prática: redução do estresse, trauma e medo que advém das doenças e lesões, tanto dos pacientes como de suas famílias e entes queridos; manejo dos sentimentos acerca da morte, deficiência, cicatrizes, etc.; resolver conflitos interpessoais entre os pacientes e familiares e amigos; facilitar a tomada de decisão em relação às opções de tratamento; reduzir depressão, ansiedade, estresse ou insônia devido à doença, ao tratamento ou à recuperação; facilitar grupos de suporte entre os pacientes; e nutrir atitudes positivas em relação à saúde.

Loewy (2013) usou o termo *Músico-psicoterapia Médica* para descrever uma abordagem integrativa que busca manejar as demandas dos pacientes de uma maneira holística. Ela explica:

> Na músico-psicoterapia médica, nós buscamos integrar os aspectos físicos com as orientações comportamentais, cognitivas, sociais e espirituais como apresentadas no contexto da musicoterapia. A músico-psicoterapia médica em um ambiente médico envolve tratar a pessoa em sua totalidade – corpo, mente e espírito. (p. 404)

A *Musicoterapia Reabilitativa* é o uso de experiências musicais e as relações formadas através destas como meio para ajudar clientes debilitados por doenças, lesões e traumas a recuperarem os níveis anteriores de funcionalidade ou adaptação ao máximo possível.

Na *Musicoterapia Paliativa*, o terapeuta e o cliente trabalham juntos, utilizando experiências musicais e suas relações concomitantes para ajudar clientes e suas famílias a encararem e trabalharem as questões que surgem nos estágios finais da vida e como um meio para ajudar o cliente a obter o senso de fechamento e significado.

Práticas Médicas Primárias

As práticas médicas tornam-se um nível primário de terapia sob duas condições: quando o trabalho leva a transformações significativas e profundas no quadro de saúde específico sendo abordado e quando as metas e os processos ultrapassam a preocupação focal da medicina para incluir aquelas outras áreas da prática (p. ex., psicoterapêutica). Em resumo, a terapia primária envolve um processo de intervenção e transformação caracterizado tanto pela profundidade como pela amplitude. É sempre reconstrutivo por natureza, e sempre envolve uma abordagem holística.

23

PRÁTICAS DE CURA[13]

Uma Concepção Geral

Cura tem tantas definições quanto terapia, que emana de uma ampla gama de disciplinas e profissões. Após o levantamento das mais estabelecidas, McElligot (2010) ofereceu a seguinte definição "teórica":

> A cura é um processo positivo, subjetivo, imprevisível envolvendo transformação para um novo sentido de totalidade, transcendência espiritual e reinterpretação da vida. (p.257).

Reconhecendo que um conceito tão central de saúde precisa ter especificações para sua medição, McElligot também oferece uma definição "operacional":

> A cura é a experiência pessoal de transcender o sofrimento e transformar em uma plenitude que resulta em serenidade, interconectividade e um novo senso de significado (p.258).

Na perspectiva atual sobre a musicoterapia, a plenitude e interconectividade que surgem com a cura incluem todas as relações harmônicas que podem ocorrer dentre e entre corpo, mente, espírito, comunidade, sociedade, cultura e meio ambiente. Uma premissa básica é a de que quando qualquer uma dessas relações entra em maior harmonia, outras relações seguem e se alinham com as primeiras, como todas as camadas do indivíduo e da ecologia que estão integralmente, energicamente e sistematicamente relacionadas umas com as outras. Essa suposição é baseada na visão de que todos os aspectos do universo estão relacionados tanto hierarquicamente quanto heterarquicamente. Isto é, as partes estão relacionadas com as partes, que são combinadas e agrupadas em partes maiores e mais integrais (todos menores), que são combinadas e agrupadas em partes maiores e mais integrais (todos maiores) – *ad infinitum.*

O processo de transformação da cura, então, pode ser visto como uma reorganização e reconfiguração das relações parte-todo dentro e entre a pessoa o universo. Nós literalmente reformulamos, redefinimos, e realinhamos as partes em todos mais novos e maiores. Ao fazermos isso, os problemas e sofrimentos que vivenciamos são reinterpretados de uma maneira que podem ser transcendidos, independentemente se eles persistirem ou se não conseguem ser "curados". Por exemplo, a cura ocorre quando um problema no organismo que provoca sofrimento no corpo e na psique é

reformulado e realinhado para ser uma parte significativa do espírito e, assim, é transcendido. O problema e o sofrimento tornam-se mais significativos e menos desconfortáveis na medida em que se tornam parte de um todo maior, mais transcendental.

Cura Versus Terapia

A cura se diferencia da terapia em pelo menos duas maneiras significativas. Primeiro, a terapia, na maioria, das vezes se concentra em eliminar, minimizar ou adaptar a um problema específico ou fonte de sofrimento, ou o que na medicina particular é chamado de "tratamento". Em contraste, o processo de cura se concentra na transcendência do problema e/ou sofrimento relacionado, independentemente de qualquer cura. Segundo, na terapia, os recursos do setting são utilizados em seu máximo potencial para intervir de alguma forma, enquanto que no processo de cura, os recursos externos ao setting são utilizados para assistir e apoiar a pessoa em se tornar uma totalidade mais harmoniosamente ligada ao universo. Assim, na terapia, os recursos (incluindo a música) são humanos e dependentes das potencialidades únicas do cliente, terapeuta, e contexto, enquanto que na cura, além se ser pessoal, os recursos são naturais, coletivos, universais, extrahumanos, portanto independente das diferenças individuais em termos de recursos e potenciais. Essa é a razão pela qual as práticas de cura geralmente têm um fundamento transpessoal ou espiritual.

Em função de o organismo humano ser estruturado para preservar a si próprio, a cura geralmente ocorre naturalmente. Certas doenças físicas, condições médicas e sintomas somáticos podem algumas vezes seguir seu curso apesar ou independente das intervenções terapêuticas, e o corpo pode frequentemente curar-se por si só como resultado de uma capacidade inerente do organismo de se restaurar. De forma semelhante, certos problemas mentais, emocionais ou espirituais podem também correr seu curso, e em tempo, a psique e o espírito podem frequentemente curar-se por si só. Assim, em algumas situações, a cura acontece naturalmente, sem muita intervenção, enquanto que em outros casos a cura requer esforços empenhados. A intencionalidade é uma consideração importante em diferentes tipos de cura. Veja Zahourek (2012) para uma discussão dos vários tipos e níveis de intencionalidades necessárias para que a cura ocorra.

Se a cura é um processo natural em graus variáveis, a questão que surge é se uma pessoa pode curar-se de forma independente, sem a necessidade da ajuda de um curador (*healer*). Ao contrário, a terapia por definição é um processo em que o cliente recebe ajuda do terapeuta. Enigmaticamente, embora tanto a terapia quanto a cura dependam de o cliente realizar autotransformações de forma independente, a ajuda pode ser necessária em ambos os processos. Na verdade, o cliente pode precisar de tanta assistência do curador quanto o cliente do terapeuta. Portanto a terapia e a cura são semelhantes em termos de que o cliente pode modificar a si mesmo com e/ou sem a ajuda do terapeuta e dentro ou fora de um cenário terapêutico. A diferença entre terapia e cura não está relacionada se o agente da transformação é o cliente, o terapeuta, o curador ou o curado – cada uma das partes assume vários níveis de responsabilidades em ambas as áreas da prática.

O Uso da Vibração, do Som e da Música

A história do uso da vibração, do som e/ou da música na cura remonta a tempos antigos (CROWE, 2004), e continuou até o presente na maioria das culturas do mundo. De acordo com McClellan (1988), a razão

filosófica para essas práticas de cura foi que toda criação é organizada e regida pelo som ou formas vibracionais e que, como a música, tudo no universo está continuamente em um estado de movimento ou fluxo e continuamente no processo de tornar-se sua própria forma. Explicações “energéticas” semelhantes são fornecidas por Behrendt (1983), Clynes (1985), e Khan (1983, 1991). Gouk (2000) explica de um modo um pouco diferente:

> Há, ao que parece, uma relação inevitável entre a forma como configuramos os nossos mundos internos e externos, não apenas como indivíduos, mas como comunidades maiores e até mesmo nações. A “música” (e todas as atividades que este termo pode englobar) é em si uma expressão poderosa desta configuração, bem como um meio de alterá-la. (p. 23).

Observe que Gouk introduz uma noção um pouco diferente sobre a cura. Para ela, as relações são configuradas em vez de necessariamente determinada pela natureza. Isto é importante porque sublinha o papel do ser humano na descoberta ou criação de relacionamentos que são fundamentais para a cura, independentemente de esses relacionamentos serem naturais, universais, ou pré-determinados. Desta forma, Gouk também está enfatizando as dimensões culturais de cura da música.

> No entanto, apesar dos poderes catárticos e transform - adores da música poderem ser universais, as maneiras como tais poderes são aproveitados e dirigidos parecem ser culturalmente específicas. De fato, as formas que a cura musical assume dentro de uma determinada comunidade são determinadas pela forma como seus membros concebem saúde e doença, bem como sua relação com os reinos material e espiritual. (p. 23.)

O conceito de cura de Gouk também ultrapassa o simples uso das relações energéticas do universo; a cura envolve mais do que um processo de realinhamento físico e vibracional. Isso é particularmente importante quando o som e a música são trazidos dentro do processo de cura. Porque som e música são mais do que energia e vibração, quando usados na cura eles podem contribuir em uma série de outras maneiras.

Por exemplo, Boyce-Tillman (2000) propõe que tanto a música quanto a cura envolvem encontrar o equilíbrio entre polaridades universais. Elas fazem isso identificando e sugerindo “pontos de síntese” potenciais entre as seguintes polaridades (p. 26):

- Comunidade X individualismo
- Contenção X liberdade
- Expressão X confidencialidade
- Unidade X diversidade
- Desafio X Aconchego
- Excitação X relaxamento
- Personificação X transcendência

Isso pode explicar por que, na literatura musicoterápica, a cura é descrita como o resultado de diferentes fenômenos outros que não energia, tais como o crescimento espiritual (CROWE, 2004), experiências culminantes (KASAYKA, 2002), experiências transpessoais (ABRAMS, 2002) e experiências estéticas (BRUSCIA, 1998a). A cura também foi descrita como encontros musicais entre a ordem e o significado implicados no universo (BRUSCIA, 2000). Explico-me:

> Estas experiências são momentos onde todo nosso ser se encontra com a harmonia do universo, ou a continuidade da vida com a morte, ou a coerência de outro ser humano, ou o milagre de como tudo isso de alguma forma se encaixa ou torna-se balanceado. (p. 85)

Dada a diferença entre as visões sobre como os elementos diversos da música podem induzir a cura, não é nenhuma surpresa descobrir que práticas de cura existentes variam amplamente de acordo com o agente primário, seja vibração, som, música ou suas combinações, e de acordo com quais as propriedades destes estímulos que são enfatizadas.

Duas questões importantes emergem imediatamente: O que é e o que não é música? E quais dessas práticas são ou não parte da musicoterapia? Uma distinção foi feita aqui entre as seguintes práticas de cura:

Cura Sonora Vibracional: o uso de vibrações sonoras sem música como agente primário em um processo de cura que envolve o curador e/ou a relação curador-paciente apenas como uma presença de apoio. O foco primário é no balanceamento ou alinhamento da energia corporal, que por sua vez se harmoniza com outros campos energéticos.

Cura Sonora Musical: o uso de vibrações sonoras com música como os agentes primários em um processo de cura que envolve o curador e/ou a relação curador-paciente enquanto presença de apoio. O foco primário é no balanceamento ou alinhamento da energia corporal, que por sua vez se harmoniza com outros campos energéticos.

Cura Musical: o uso de todas as facetas da música como agentes primários em um processo de cura que envolve o curador e/ou a relação curador-paciente enquanto presença de apoio. O foco pode estar no corpo, na mente, no espírito ou na ecologia, enquanto acessados pela energia vibracional ou por experiências musicais transcendentais (p. ex., estéticas, espirituais, significativas).

Musicoterapia na Cura: o uso de todas as facetas da música e todas as facetas da relação cliente-terapeuta no processo de cura. O foco pode estar no corpo, na mente, no espírito ou na ecologia, enquanto acessados pela energia vibracional ou por experiências musicais transcendentais (p. ex., estéticas, espirituais, significativas).

As duas primeiras práticas de cura sonora são entendidas como auxiliares por natureza e assim são localizadas fora dos limites da musicoterapia profissional. A cura musical está no nível aumentativo, e a musicoterapia na cura está no nível intensivo.

Três variáveis foram utilizadas para determinar estes níveis: (1) a medida na qual a música, e não apenas a vibração ou som, é utilizada como agente de cura, (2) a medida na qual a relação entre curador e paciente é utilizada como o agente da transformação em comparação com a música e (3) se a prática tem um foco de saúde limitado (p. ex., apenas no corpo ou apenas da psique) ou um foco sinergético entre várias áreas da saúde. Distinções entre música *como* ou *na* cura podem também ser distinguidas aqui, dependendo da medida em que a experiência de cura está depende da música, do curador e da relação

entre paciente e curador.

Advertência

As práticas de cura foram incluídas neste livro porque elas estão integralmente relacionadas aos processos e benefícios da musicoterapia; entretanto, sempre houve uma tensão entre os “curadores” formados e os não-formados em musicoterapia. Existem discordâncias consideráveis sobre ética, estratégias e a eficácia de determinadas práticas de cura, e especialmente sobre algumas que foram comercializadas com sucesso nas últimas três décadas.

Summer (1996) acredita que muitas práticas de cura envolvendo som e música evoluíram para o que ela chama de “Elixir da Nova Era”, e que algumas destas práticas são baseadas em pseudociências.

> Estes praticantes, melhor descritos como curadores musicais da Nova Era, criaram entre si uma filosofia à qual falta clareza e lógica. Ela cresceu a partir de mitos e lendas, convertidos em “fatos” numa paródia do progresso científico. Os fundamentos e axiomas da cura musical da Nova Era são baseados em desejos e fantasias que praticantes do campo, talvez involuntariamente, concordaram em considerar fatos. Este acordo é protegido pela boa intenção aparente dos curadores musicais. (p. 7)

Summer então examina minuciosamente os fundamentos filosóficos e científicos de várias práticas e identifica erros básicos cometidos por estes curadores. É importante salientar, então, que as práticas apresentadas aqui não são necessariamente sancionadas ou recomendadas pelo autor. Oferecer tais avaliações está fora do escopo deste livro e os leitores são encaminhados para Summer, para uma discussão abrangente dos critérios mais importantes para tal avaliação.

Cura Sonora Vibracional

Algumas das principais técnicas vibracionais sonoras para cura que foram utilizadas nas últimas décadas incluem Radiônica, Cimática e Ultrassom (ver McCLELLAN, 1988); Método Tomatis de Treinamento Auditivo (TOMATIS, 1996); e Ressonância com Diapasão (BEAULIEU, 1987). Uma análise abrangente pode ser encontrada em Mamam e Unsoeld (2009).

Estas práticas não são consideradas parte da musicoterapia por diversas razões: elas requerem um especialista treinado que é na maioria das vezes um médico, um técnico de som medicinal ou curador com expertise em vibrações mais do que em música ou musicoterapia; nestas práticas, o cliente refere-se diretamente às vibrações e aos sons mais do que ao curador; e, por último, as experiências vibracionais sonoras que servem como agentes de cura não são selecionadas ou organizadas de acordo com considerações musicais. É claro, sempre que qualquer uma dessas práticas incorpora a música no tratamento elas se tornam cura musical no nível auxiliar, como descrito abaixo.

Práticas de Cura Auxiliares

Cura Sonora Musical

Enquanto o uso do som apenas, sem música, é considerado cura vibracional sonora, a *cura sonora musical* é o uso de frequências vibracionais ou sons *combinados com música* para induzir a cura.

Algumas das principais técnicas para a cura sonora musical que têm sido utilizadas nas últimas décadas estão listadas abaixo. Um análise abrangente e atual pode ser encontrada em Mamam e Unsoeld (2009).

Trabalho de Respiração e Voz: inclui o uso de exercícios de respiração e exercícios vocais para libertar a voz natural do indivíduo e, no processo, remover tensões, bloqueios de energia e constrições da mente, do corpo e do espírito.

Transes Percussivos: Um pessoa toca um tambor, usando uma batida bem estável ou repetitiva, enquanto outra utiliza o som para entrar em um estado alterado de consciência e então realizar uma jornada pela imaginação, seja com um foco imagético específico ou livremente (ver DRURY, 1985).

Gongos de Cura: o uso de gongos especiais para produzir tons, tons sobrepostos e harmônicos para ativar e ressoar com o indivíduo em meditação, estados alterados de consciência e imagens (ver MORENO, 1989).

Meditações com Mantras: Garfield (1987) define mantra "como um hino poético, uma oração, um encantamento e como a emissão de sons sagrados" (p. 80); esta modalidade também tem sido denominada de "o pensamento sonoro utilizado na contemplação e meditação" (BEAULIEU, 1987, p. 103). Quando um mantra é cantado, ele se torna um meio vocal de foco para toda a energia atencional e, quando mantido por um período estendido, pode ser usado para meditar, entrar em um estado alterado de consciência, para contemplação ou para transformar a configuração ou atitude mental de alguém.

Entoar[14]: é uma abordagem de cura onde "o cliente e/ou o terapeuta conscientemente alonga um som usando a respiração e a voz" (CAMPBELL, 1989, p. 62). McClellan (1988) descreve o entoar como uma vocalização sustentada da altura do som. Gardner-Gordon (1993) é ainda mais específico e o define como uma técnica de cura que utiliza "o poder vibratório da voz ao produzir sons longos e sustentados, sem o uso de melodia, batida ou ritmo (...) usando uma vogal, uma consoante ou uma combinação de ambas, sem o uso de palavras ou de significados específicos" (p. 61). Isso inclui sons vocais de liberação e conforto tais como suspirar, gemer, murmurar e sussurrar (GOLDMAN, 1992). Isso envolve a produção consciente de tons sobrepostos em séries harmônicas (CAMPBELL, 1989), que Goldman (1992) chamou de "overtoning". O propósito do entoar e do sobre-entoar (overtoning) pode ser a alteração de estruturas celulares no corpo (GARFIELD, 1987), a ativação de centros energéticos ou chakras, aliviar a dor, induzir liberação emocional (GARDNER-GORDON, 1993), liberar o poder de cura já possuído pelo corpo (KEYES, 1973) e/ou restaurar o balanço harmônico e a completude (GARFIELD, 1987). O cliente e/ou o praticante podem entoar, quase sempre com um intento ou imagem de específicos de algum tipo (KEYES, 1973). O entoar pode também ser combinado com trabalho corporal ativo (BEAULIEU, 1987).

Terapia Vibroacústica: é um método desenvolvido por Olav Skille (1983, 1989) que envolve a emissão de ondas de pressão sonoras sinusoidais e de baixa frequência, misturadas com música, direto no corpo do cliente, usando autofalantes acoplados em uma cama ou cadeira (SKILLE & WIGRAM,

1995). O método também tem sido chamado de “banho musical” ou “massagem sonora de baixa frequência” (WIGRAM & DILEO, 1997). Métodos e aparelhos similares incluem a Mesa de Vibrações Musicais (CHESKY & MICHEL, 1991) e o *Somatron*.

Harmônicas Vocais: uma técnica descrita por Goldman (1992) que envolve duas ou mais pessoas entoando e sobre-entoando até que a harmonia ocorra entre as diferentes camadas de sons.

Energética Vocal: um método desenvolvido por Beaulieu (1987) que estuda “a voz da fala e seu relacionamento com a energia vital de uma pessoa. Isso envolve o aprimoramento das habilidades auditivas assim como treinamento e desenvolvimento vocal através do uso de uma avaliação vocal de cinco elementos e da criação de estratégias de intervenções vocais para a cura” (p. 59). A velocidade, o volume e a tonalidade da fala de uma pessoa estão relacionados com os cinco timbres básicos dos elementos (éter, ar, fogo, água e terra).

Quando praticados como definidos, estes exemplos de cura sonora são classificados no nível auxiliar e assim estão fora dos limites da musicoterapia; entretanto, quando praticados com grande dependência dos aspectos da uma experiência *musical*, mais do que da energia vibracional, qualquer um deles pode se tornar aumentativos e assim mover-se para dentro das fronteiras da musicoterapia. Estar mais atrelado ao curador ou à relação curador-paciente teria o mesmo efeito.

Práticas de Cura Aumentativas

Cura Musical

A *Cura Musical* é o uso de quaisquer ou de todas as facetas da experiência musical (i.e., energética, universal, estética, espiritual, transpessoal) para a cura da mente, do corpo e do espírito. Se um curador ou terapeuta está envolvido nesta prática, o foco principal será no aprofundamento e no aprimoramento da experiência musical e suas propriedades curativas.

O cliente pode participar em experiências musicais ativas ou receptivas. Experiências ativas incluem cantar, tocar instrumentos, improvisar ou compor música assim como todas aquelas atividades de produção sonora listadas em *Cura Sonora* (p. ex., respiração, vocalização, entoar [*toning*], canto) quando combinadas com música. Técnicas receptivas incluem audição, arrasto (*entraining*), ressoar, visualização de imagens ou relaxamento através da música selecionada ou composta de acordo com suas qualidades energéticas.

O que diferencia a cura musical da cura sonora é que na cura musical as propriedades estéticas, espirituais e significantes da música são tão importantes quanto sua energia vibratória; assim, a cura resulta de ambas as experiências da música em si e para si e da experiência das formas universais de energia dentro da música. Em outras palavras, na cura musical, a experiência musical é muito mais completa e está muito mais no centro da prática do que na cura sonora.

A cura musical não é classificada como um nível intensivo da prática porque, como na cura sonora, a própria experiência musical tem precedência sobre a relação cliente-curador e porque a cura não necessariamente envolve ou depende de um processo de “terapia” onde cliente e terapeuta forjam um relacionamento através do qual os problemas do cliente são abordados. Assim, a cura musical pode acontecer fora de um setting e da relação terapêutica e ainda ser efetiva. Por outro lado, a cura musical

pode acontecer e em muitas vezes acontece dentro do setting e relação terapêutica. Naturalmente, quando isso ocorre, o setting e a relação devem conduzir para a cura musical; não obstante, estes componentes não são os agentes primários nem os determinantes derradeiros para a efetividade no processo de cura musical.

A cura musical, então, pode ser considerada uma prática de cura em si, ou pode ser um evento ou fenômeno que acontece espontaneamente, seja numa experiência musical poderosa da vida cotidiana ou no contexto da musicoterapia. Abaixo está uma lista de técnicas de cura sonora/musical.

Música e Imagens: experiências que ocorrem em musicoterapia de curto prazo ou settings semi-terapêuticos (p. ex., *workshops*, retiros).

Audição Musical Somática: o cliente escuta a música (mais do que ao som) para ativar, ressoar ou harmonizar estruturas vibracionais no corpo. A música pode ser gravada ou criada ao vivo pelo terapeuta.

Cura Vocal: o cliente canta ou improvisa canções, e no processo de experimentação das diferentes facetas da voz e da música, ressoa o corpo em relação à psique e ao espírito.

Cura Instrumental: o cliente toca ou improvisa música instrumental, e no processo ressoa o corpo em relação à psique e ao espírito.

Rituais Musicais: o uso da música nos rituais de cura de qualquer comunidade (social, religiosa, cultural). A música é utilizada para acessar, aumentar e facilitar os potenciais curativos que jazem dentro do grupo de pessoas ou do próprio ritual. O ritual pode ser uma tradição já estabelecida na comunidade (MAY, 1983; McCLELLAN, 1988), ou pode ser criado especialmente em torno destas tradições (KENNY, 1982).

Transes Musicais: o uso da música para ajudar uma pessoa a entrar em um estado alterado de consciência, o qual, por sua vez, fornece acesso a reinos transpessoais e aos seus potenciais curativos.

Música no Xamanismo: uma tradição antiga de cura onde xamãs ou "curandeiros[15]" usam a música para ajudar no processo de cura de si mesmo e de outros. Mais especificamente, ritmos percussivos repetidos, cantos e canções são utilizados para ajudar o xamã a entrar e se manter num estado alterado de consciência. O estado alterado permite ao xamã contatar e utilizar o mundo dos espíritos e desse modo ganhar o conhecimento e o poder necessários para ajudar ou curar a pessoa (HARNER, 1982). Exemplos de como o xamanismo se relaciona com a musicoterapia e com a cura sonora/musical podem ser encontrados nos trabalhos de Kenny (1982), Kovach (1985), Garfield (1987) e Moreno (1988).

Música no Trabalho Energético e Corporal: o uso da música nos métodos de cura tais como *Reiki*, Polaridade, Toque Terapêutico, Massagem Terapêutica ou *Rolfing*, onde é dado à música o papel central no processo de *healing*.

Práticas de Cura Intensivas

Musicoterapia na Cura

A *Musicoterapia na Cura* é a utilização de todas as facetas das experiências musicais e as relações

desenvolvidas a partir destas para curar o indivíduo em sua ecologia, para induzir a auto-cura ou para promover o bem estar. Aqui a pessoa é curada através de experiências musicais (incluindo todos os níveis e componentes), com a orientação e o suporte contínuos do terapeuta ou curador, dentro do contexto de uma relação cliente-terapeuta. O terapeuta ou curador assume uma função integral no processo de cura; entretanto, em vez de participar de forma ativa ou diretiva, o terapeuta fornece uma presença de apoio para o cliente e para a música. A meta do terapeuta é assistir ao cliente através de seu próprio processo de cura ao fornecer apoio e orientação contínuos, beneficiando-se da música e oferecendo o relacionamento mútuo como um veículo para curar o quanto for necessário. Essencialmente, o terapeuta respeita a integridade do processo de auto-cura e o papel poderoso da música e evita impor qualquer coisa externa ou não essencial ao processo. Exemplos incluem o seguinte:

Musico-psicoterapia Corporal: o uso combinado de trabalho corporal, experiências musicais e a relação cliente-terapeuta para curar o indivíduo (BOSCO, 1997, 2011).

Imagens Guiadas e Música (GIM): um modelo de psicoterapia e cura que envolve a associação de imagens em programas especialmente desenhados de música clássica enquanto em estados alterados de consciência ao dialogar com um guia treinado (BONNY, 2002). Para exemplos clínicos, ver Bruscia (2013b).

Musicoterapia Criativa: um modelo de musicoterapia onde o cliente individual é engajado em improvisações musicais como o veículo principal para a cura terapêutica (NORDOFF & ROBBINS, 2010). Um conceito chave aqui é que o cliente se cura e se transforma a partir de dentro, usando recursos internos, em vez de a partir de fora, como resultado de intervenções externas. A música serve como agente de cura porque ela ativa os recursos internos do cliente. Para exemplos clínicos, ver Nordoff & Robbins (2010), Bruscia (2013a), Robbins e Robbins (1991) e Salas e Gonzalez (1991).

Musicoterapia Analítica (AMT): o uso simbólico da improvisação musical e de palavras na exploração do indivíduo de sua vida interior (PRIESTLEY, 1994).

Meditação Musical Analítica (MAM): a combinação da AMT e de práticas meditativas em cuidados paliativos (SCHEIBY, 2005).

Musicoterapia Biopsicossocial: abordagens holísticas para a musicoterapia médica, especialmente no manejo da dor (DILEO, 1997; ALLEN, 2013), e em cuidados paliativos (DILEO & LOEWY, 2005; CLEMENTS-CORTES, 2013).

Diferentes Abordagens Musicoterápicas: o uso de vários métodos no tratamento de eventos traumáticos (SUTTON, 2002; BORCZON, 2013), trauma pessoal (EYRE, 2013) e desenvolvimento espiritual (HEIDERSCHEIT, 2013).

24

PRÁTICAS PSICOTERAPÊUTICAS

Em termos gerais, a músico-psicoterapia está preocupada em ajudar clientes a encontrar significado e completude em suas vidas. Suas metas podem ser "maior autoconsciência, a resolução de conflitos internos, liberação emocional, autoexpressão, transformações nas emoções e atitudes, melhoria nas habilidades interpessoais, a resolução de problemas interpessoais, o desenvolvimento de relacionamentos saudáveis, a cura para traumas emocionais, compreensão interna mais profunda, orientação à realidade, reestruturação cognitiva, mudança de comportamento, maior sentido e completude na vida ou desenvolvimento espiritual" (BRUSCIA, 1998b, pp. 1-2). As metas e métodos da psicoterapia variam consideravelmente de acordo com a orientação teórica do terapeuta. As orientações mais comumente encontradas na músico-psicoterapia são a psicodinâmica, existencial-humanista, Gestalt, cognitiva e comportamental, cada qual com suas muitas variações. Como resultado, a ênfase pode ser nas motivações conscientes ou inconscientes, o passado ou o aqui e agora, racionalidade ou adaptação. As transformações antecipadas no cliente podem ser abertas ou encobertas, interiores ou exteriores.

Entre os clientes para a músico-psicoterapia podemos encontrar indivíduos com problemas psiquiátricos com diferentes graus de severidade, assim como indivíduos, grupos e comunidades com uma ampla gama de problemas na vida na qual a psique está implicada. Os settings típicos são as clínicas e hospitais psiquiátricos, hospitais-dia, centros de saúde mental, consultórios particulares e a comunidade. É importante notar que a psicoterapia não é definida pela população-alvo ou pelo setting. Especificamente, a musicoterapia com pacientes psiquiátricos não é necessariamente psicoterapêutica; ela assim o é apenas quando as metas e métodos são psicoterapêuticos por natureza. De forma análoga, as práticas psicoterapêuticas não estão limitadas a clientes com diagnósticos psiquiátricos; todos os indivíduos ou grupos que buscam transformação psicológica são candidatos para a psicoterapia.

A psicoterapia pode ser oferecida em sessões individuais, de grupo, familiares ou comunitárias. De fundamental importância em todos esses diferentes settings é o relacionamento entre cliente e terapeuta. É dentro e através desta relação que o processo terapêutico de desdobra e o cliente faz as transformações necessárias. Em settings grupais, familiares e comunitários, os relacionamentos multifatoriais entre os clientes são de igual importância adicional.

Como praticado convencionalmente, a psicoterapia é uma experiência essencialmente verbal: o cliente e o terapeuta usam o discurso verbal como meio primário de comunicação, desenvolvendo uma relação e trabalhando visando as metas estabelecidas. Em contraste, na músico-psicoterapia, o cliente e o terapeuta usam experiências musicais assim como o discurso verbal visando este fim, com ênfase relativa variando consideravelmente de acordo com numerosos fatores. Ver Smeijsters (1993).

O musicoterapeuta pode engajar o cliente na música e/ou nas palavras em quatro níveis, variando em um *continuum* do exclusivamente musical ao exclusivamente verbal (BRUSCIA, 1998b). Estes níveis

de engajamento podem ser utilizados em uma interação cliente-terapeuta isolada, em uma parte da sessão, em uma sessão inteira ou em diversas sessões, dependendo da demanda do cliente. Muitas vezes a musicoterapia muda de um nível a outro na mesma sessão. Estes níveis podem também ser implementados na maioria dos modelos e métodos de musicoterapia. Os níveis são:

1) A questão terapêutica é acessada, elaborada e resolvida primariamente dentro da experiência musical, com mínimo discurso verbal;
2) A questão terapêutica é acessada, elaborada e/ou resolvida dentro da experiência musical; entretanto, o discurso verbal é utilizado apenas para guiar, interpretar ou aprimorar a experiência musical do cliente e sua relevância para o processo terapêutico;
3) A questão terapêutica é acessada, elaborada e/ou resolvida igualmente na música e nas palavras, seja alternadamente ou simultaneamente, com a música sendo utilizada por suas vantagens não verbais únicas e as palavras por sua otimização do insight;
4) A questão terapêutica é acessada, elaborada e/ou resolvida primariamente no discurso verbal, com a música sendo utilizada para facilitar ou enriquecer o processo.

A psicoterapia se justapõe às outras áreas da prática de muitas formas. Ela pode ter conotações didáticas quando a educação ou a formação servir de contexto para o processo psicoterapêutico; ela pode se relacionar à medicina quando o cliente sofrer com alguma enfermidade biomédica e a psicoterapia estiver voltada para tratar os desafios psicológicos que a acompanham; ela pode ser recreativa quando qualquer aspecto do brincar ou de diversão contextualize o trabalho; e pode ser ecológica quando o trabalho individual é combinado com o tratamento do ambiente ou meio do indivíduo.

Práticas Psicoterapêuticas Auxiliares

Música Psicoterapêutica

Na *Música Psicoterapêutica*, uma pessoa usa a música para manter sua própria saúde psicológica ou para aprimorar o crescimento pessoal e auto-realização. Isto pode incluir apresentações musicais, aprendizado, composição, improvisação ou audição musical, tanto a sós como em grupos. Estas atividades não são parte de um programa de tratamento e são buscadas fora da relação cliente-terapeuta. A pessoa pode, entretanto, receber orientação contínua de diferentes fontes (p. ex., especialistas, livros, palestras, *workshops*).

Exemplos incluem o uso pessoal da música para examinar ou liberar emoções, reduzir o estresse ou a ansiedade, trazer conforto, dissipar a solidão, desenvolver a autoestima, estabelecer *rapport* ou comunicação com os outros, desenvolver habilidades cognitivas, desenvolver sua criatividade ou sua espiritualidade. No domínio mental, a pessoa pode usar a música para aguçar sua atenção, memória ou percepção ou para desenvolver sua criatividade ao máximo. No domínio físico, uma pessoa pode usar a música para relaxar o corpo, controlar a dor, auxiliar exercícios terapêuticos, facilitar o aprendizado psicomotor, desenvolver habilidades motoras, monitorar funções autônomas ou aprimorar a performance

física em atividades esportivas. Para mais exemplos e sugestões, ver Katsh e Merle-Fishman (1998), Merritt (1996) e Rolla (1993).

Práticas Psicoterapêuticas Aumentativas

Músico-Psicoterapia de Suporte

Na *Músico-Psicoterapia de Suporte*, o terapeuta utiliza experiências musicais para estimular ou dar suporte à retificação ou ao crescimento psicológico, contando largamente com os recursos já possuídos pelo cliente. A relação cliente-terapeuta é importante por facilitar a experiência musical e aprimorar seu valor terapêutico; entretanto, muitas vezes, devido à duração do tratamento, a relação não se desenvolve com a profundidade necessária para servir como veículo primário para o cliente mudar. Suas metas típicas são: Reestabelecer o equilíbrio psicológico;

- Diminuir o impacto psicológico de eventos ou situações negativas;
- Nutrir a retificação emocional frente a eventos ou situações negativas;
- Aprimorar a adaptação cognitiva e comportamental;
- Aperfeiçoar ou abrandar sintomas psicológicos;
- Dar força ao Ego;
- Reconhecer e usar os próprios recursos;
- Fortalecer defesas psicológicas e mecanismos de enfrentamento;
- Aprimorar a qualidade de vida emocional.

Note que a intenção não é alterar dramaticamente a personalidade do cliente; ao invés disso, é nutrir o equilíbrio psicológico, a adaptação e a qualidade de vida usando os recursos ou potenciais já existentes no cliente.

A *Músico-Psicoterapia de Suporte* pode acontecer num setting individual, de casal, de família, de grupo ou comunitário. Seus usos principais são (1) programas de recuperação de curto-prazo para clientes psiquiátricos agudos ou com abuso de substâncias; (2) programas de suporte e manutenção de longo-prazo para certos clientes psiquiátricos crônicos ou clientes no sistema prisional; (3) intervenção de crise ou aconselhamento para indivíduos, casais, famílias ou comunidades sofrendo com traumas, doenças ou perdas; (4) preparação ou descanso advindo de formas mais profundas de psicoterapia; e (5) *workshops* de encontro pessoal.

Outra prática psicoterapêutica no nível aumentativo é a *Música no Aconselhamento Pastoral*, quando um membro do clero, musicoterapeuta ou conselheiro espiritual utiliza a música para ajudar o cliente a ter insights espirituais e a desenvolver um relacionamento com seu Deus que facilite a retificação emocional e o crescimento.

Para uma pesquisa abrangente sobre as práticas da músicopsicoterapia, incluindo aquelas no nível

aumentativo, ver Eyre (2013). Para exemplos clínicos, ver os estudos de casos editados por Bruscia (1991), Hadley (2003) e Meadows (2011).

Práticas Psicoterapêuticas Intensivas

Músico-Psicoterapia Reeducativa

Na *Músico-Psicoterapia Reeducativa*, o terapeuta utiliza experiências musicais e as relações que se desenvolvem através delas como meio para trazer aos clientes maiores insights sobre si mesmos e suas vidas, enquanto também alimentam aí as transformações psicológicas necessárias. O trabalho pode ser feito dentro de settings individuais, duplos, familiares, grupais ou comunitários. De acordo com Wheeler (1983), o primeiro autor a descrever a músico-psicoterapia segundo o referencial classificatório de Wolberg (1967), os principais usos são com "aqueles menos enfermos ou que evidenciam uma desorganização da personalidade menos severa, incluindo drogadictos e aqueles com transtornos afetivos, neuroses ou transtornos de ansiedade, transtornos circunstanciais ou transtornos de personalidade. É esperado que clientes com o diagnóstico de esquizofrenia e aqueles com transtornos orgânicos respondam menos favoravelmente (...)" (p. 47). Além disso, esta prática é bem apropriada para indivíduos "normais" na comunidade que querem aprimorar sua vida emocional, seja pela psicoterapia individual, de grupo ou treinamento de sensibilidade. Exemplos de metas são:

- Ganhar insights sobre si mesmo;
- Facilitar a autoexpressão;
- Reconhecer, controlar e utilizar defesas para o melhor proveito;
- Resolução de problemas;
- Facilitar transformações adaptativas; e
- Facilitar a autorealização.

De acordo com Wolberg (1967):

> As transformações raramente são de profundidade suficiente para permitir uma dissolução real do conflito inconsciente. Não obstante, o indivíduo alcança um controle suficiente de seu problema para permitir que ele: verifique tendências à atuação; retifique distorções ambientais remediáveis ou ajuste aquelas irremediáveis; organize suas metas de vida mais racionalmente e as execute de maneira fácil; consolide algumas defesas adaptativas e altere outras que sejam menos adaptativas. (p. 103)

Para uma pesquisa abrangente sobre as práticas músico-psicoterapêuticas, incluindo aquelas dos níveis intensivo ou reeducativo, ver Eyre (2013). Para exemplos clínicos, ver os estudos de casos editados por Bruscia (1991), Hadley (2003) e Meadows (2011). Outras práticas psicoterapêuticas no nível intensivo

incluem as seguintes.

Músico-Psicoterapia Instrucional: o musicoterapeuta utiliza experiências musicais e suas relações concomitantes dentro do contexto de aulas particulares de música como um meio para a psicoterapia. Um exemplo é o trabalho pioneiro de Florence Tyson (McGuire, 2004).

Supervisão com Músico-Psicoterapia: o supervisor-terapeuta utiliza experiências musicais e suas relações concomitantes como um meio para ajudar seus supervisionandos a elaborarem questões pessoais que impactem seus trabalhos clínicos como terapeutas. Abordagens diferentes podem ser encontradas no livro de Bruscia (2013c).

Psicoterapia Expressiva: o uso integrado de diferentes modalidades de artes expressivas ou criativas e suas relações concomitantes como meio de trazer ao cliente insights sobre sua vida emocional e de nutrir aí as transformações desejadas. Exemplos podem ser encontrados no trabalho pioneiro de Robbins (1980), Heimlich (BRUSCIA, 1987a) e Knill (1994).

Musicoterapia Familiar: o terapeuta trabalha para aprimorar os relacionamentos entre os membros de uma família, e no processo aprimora a saúde desta como um todo. Duas abordagens podem ser tomadas: ajudar um membro individual como cliente principal, com outros membros contribuindo com o processo terapêutico conforme necessário, ou trabalhar com a família inteira como uma unidade, ajudando a todos a fazer as transformações necessárias uns com os outros. Exemplos incluem o trabalho de Hbben (1992), Oldfield (1993) e Slinka e Magill (1986).

Práticas Psicoterapêuticas Primárias

Musicoterapia Reconstrutiva

A *Musico-psicoterapia Reconstrutiva* está voltada para a descoberta das raízes e causas dos problemas de vida ou psicológicos do cliente, e assim fazer as transformações estruturais e profundas necessárias na personalidade do cliente. Como tal, isso envolve um processo de intervenção e transformação caracterizado tanto pela profundidade como pela amplitude. A musicopsicoterapia reconstrutiva é adequada apenas para indivíduos não psicóticos que tenham um Ego forte e a resiliência necessária para reconstruir suas personalidades e suas vidas. Ela é inadequada para indivíduos com transtornos mentais mais severos.

Como a psicoterapia de suporte e reeducativa, as práticas reconstrutivas também buscam ajudar os clientes a: acessar e utilizar seus recursos, ganhar maior autoconsciência e insight, aprimorar os relacionamentos interpessoais e ajustar, adaptar ou resolver problemas em seu viver. As metas adicionais que são únicas a psicoterapia reconstrutiva incluem:

- Desencobrir e elaborar conflitos inconscientes em cada estágio de desenvolvimento anterior;
- Integrar o material inconsciente à vida consciente;
- Construir novas abordagens para a adaptação psicológica; e
- Estabelecer novos fundamentos para obter sentido e completude na vida.

A relação cliente-terapeuta e as experiências musicais são igualmente importantes mas usadas de formas diversas ao ajudar o cliente a elaborar todas as defesas, resistências e transferências.

Para uma pesquisa abrangente das práticas músico-psicoterapêuticas, incluindo aquelas nos níveis reconstrutivo ou primário, ver Eyre (2013). Para exemplos clínicos, ver os estudos de caso editados por Bruscia (1991), Hadley (2003) e Meadows (2011).

25

PRÁTICAS RECREATIVAS

Esta área abrange todas as aplicações da música, de atividades musicais e da musicoterapia em que o foco recaia sobre o divertimento, o brincar, a recreação, as atividades ou o entretenimento. Atividade musical é definida de modo amplo para incluir um grande número de experiências e meios correlacionados, incluindo outras formas de artes, jogos recreativos, exercícios educativos, dentre outras. O objetivo primário, tanto nos settings institucionais quanto nos comunitários, é ajudar os indivíduos a se engajarem na música ou em outras formas de arte como atividade de lazer ou social que irão trazer aproveitamento e descanso, e em última instância aumentar sua qualidade de vida.

Os níveis de prática nesta área variam em função da extensão com que os objetivos são orientados para fins terapêuticos. Aquelas práticas em que a recreação é um fim em si, que buscam atender as necessidades de lazer ou de entretenimento imediatas do cliente são vistas como menos intensas do que aquelas que utilizam as atividades recreativas para fins terapêuticos. Relacionados a isto estão a duração e a continuidade do tratamento. Fornecer atividades musicais ocasionais que trazem ao cliente algum prazer pessoal, embora extremamente importantes para suas necessidades imediatas, são menos intensas do que utilizar atividades musicais de maneira sistemática e por um extenso período de tempo para alcançar metas relacionadas à saúde.

Práticas Recreativas Auxiliares

Na *Recreação Musical Terapêutica*, atividades musicais são fornecidas com o objetivo de entretenimento, para aprimorar a qualidade geral de vida, e ajudar a desenvolver atividades de lazer prazerosas. Esta categoria é considerada auxiliar porque a relação cliente-terapeuta não é essencial e, apesar dos benefícios serem muitos, o processo não é do tipo terapêutico envolvendo intervenção clínica ou transformação significativa. Esta prática pode ser usada em escolas, hospitais, instituições, centros comunitários e programas diários para indivíduos debilitados ou não, de todas as idades.

Na *Música Comunitária*, atividades musicais são oferecidas a grupos de pessoas com interesses musicais em comum ou pessoas que vivem em uma comunidade de qualquer tipo. O foco pode ser em alcançar metas musicais (p. ex., aprendizado musical, performances) ou desenvolver laços entre os membros da comunidade. Por fim, o objetivo é aprimorar a qualidade de vida ao reunir as pessoas para um momento prazeroso.

Programas musicais comunitários podem ser organizados em torno de um evento central (p. ex., show de talentos, um concerto) ou pode ser um empreendimento contínuo da comunidade (p. ex., um

coral). Eles podem acontecer em diferentes settings, tais como em comunidades locais ou residenciais, escolas, hospitais, instituições, centros comunitários e programas diários para indivíduos debilitados ou não, de todas as idades.

O líder de um programa musical comunitário pode ser um musicoterapeuta, um músico profissional, um músico amador ou um membro voluntário do grupo. Mais frequentemente existe uma relação igualitária entre o líder e os membros do grupo, e uma relação clienteterapeuta é tanto irrelevante quanto inadequada para o sucesso do grupo. Por essas razões, esta prática é considerada auxiliar e fora das fronteiras da musicoterapia.

A música comunitária é um fenômeno de rápido crescimento que serve a muitos propósitos pessoais e socioculturais. Como resultado, existem muitas formas de se organizar programas comunitários para os mais diferentes propósitos. Schippers e Bartlett (2013) analisaram uma ampla gama de programas e identificaram nove domínios que podem ser usados para descrever e diferenciar a forma como são estruturados. Veblen, Messenter, Silverman e Elliott (2012) forneceram uma pesquisa abrangente acerca de programas musicais comunitários entre diferentes culturas.

Dada a ampla gama de metas, os programas musicais comunitários podem pertencer a diferentes áreas da prática. Ver também as práticas didáticas e ecológicas.

Práticas Recreativas Aumentativas

Na *Musicoterapia Recreativa*, o terapeuta utiliza a música, o aprendizado musical e/ou atividades relacionadas para ajudar o cliente a desenvolver habilidades recreativas e a usar suas horas de lazer para aumentar sua qualidade de vida. Esta é uma prática aumentativa porque se foca nas metas da recreação terapêutica e porque é uma forma de terapia de suporte. Ela pode ser uma parte muito importante de um programa de tratamento que as necessidades prioritárias do cliente relacionam-se com seus momentos de lazer e quando a música é o tipo de entretenimento mais desejado pelo cliente. Ver Kern (2006) e Silverman (2005, 2013) para exemplos da musicoterapia recreativa que pode ser praticada no nível auxiliar e/ou aumentativo.

Na *Brincadeira Musical Terapêutica*, o terapeuta utiliza a música, jogos, atividades recreativas e outras artes como formas breves ou ocasionais de diversão para crianças passando por períodos ou situações difíceis. Esta prática é particularmente relevante com crianças traumatizadas ou hospitalizadas. Ver Bradt (2013) e Froehlich (1996).

Além disso, a brincadeira musical terapêutica é muitas vezes utilizada para facilitar o aprendizado ou o crescimento e/ desenvolvimento de crianças normais ou em situações de risco (p. ex., em um programa de creche ou pré-escolar). Ver Schwartz (2008).

Práticas Recreativas Intensivas

Na *Ludo-musicoterapia*, o terapeuta utiliza brincadeiras centradas na música, jogos e artes relacionadas para ajudar uma criança ou um grupo de crianças a explorar e elaborar questões terapêuticas. As metas da *ludo-musicoterapia* variam de acordo com o setting. Quando utilizada num setting médico, o foco usual é em ajudar a criança a entender e lidar com sua doença, hospitalização ou tratamento; quando utilizada num setting psicoterapêutico, o foco é em ajudar a criança a entender, expressar e lidar com

sentimentos sobre si mesma e seus entes queridos. A brincadeira (*play*) pode incluir variados jogos tradicionais (p. ex., o jogo de esconder[16]) e também jogos e atividades criadas especialmente para crianças e terapeutas. Podemos incluir aí brincar com brinquedos, objetos ou marionetes; contação de histórias; arte; movimento; teatro; escrita; e jogos de imaginação. Exemplos na literatura incluem Agrotou (1993a), Bartram (1991), Birnbaum (2013), Burke (1991), Herman (1991), Hibben (1991, 1992), Kowski (2007) e Schönfeld (2003).

Práticas Recreativas Primárias

As práticas recreativas tornam-se de nível terapêutico primário quando o trabalho leva a transformações penetrantes e significativas na qualidade de vida do cliente e quando as metas e os processos ultrapassam as preocupações focadas na diversão para incluir aquelas de outras áreas da prática (p. ex., psicoterapêutica, médica, ecológica, didática).

26

PRÁTICAS ECOLÓGICAS

A área ecológica da prática inclui todas as aplicações da música e da musicoterapia onde o foco primário é na promoção de saúde dentro e entre as diferentes camadas da comunidade sociocultural e/ou do meio ambiente físico. Nesta área da prática, o "cliente" pode ser um indivíduo ou grupo, o qual é considerado em termos dos vários contextos, tais como a família, o local de trabalho, uma instituição, a comunidade, o governo, a sociedade, a cultura ou o meio ambiente. Assim, os alvos da transformação ou dos resultados da musicoterapia podem ser clientes individuais e/ou qualquer uma de suas camadas ecológicas. Outros contextos cotidianos de importância são gênero, raça, etnicidade, orientação sexual e quaisquer outras características que podem ser usadas para diferenciar seres humanos dentro de sua sociedade ou cultura.

Abordagens ecológicas para a musicoterapia têm sido defendidas nas últimas décadas e os teóricos do campo têm oferecido bases teóricas substanciais para tal. Na teoria "sistêmica", todas as entidade são vistas como inextrincavelmente conectadas umas com as outras com diferentes níveis de influência recíproca (KENNY, 1985, 1989). Na concepção de saúde como uma holarquia (BRUSCIA, 1998a; WILBER, 1995), o indivíduo é visto como um todo e como uma parte de "todos" maiores, que são partes de todos maiores, *ad infinitum* no universo. Na musicoterapia centrada na cultura (STIGE, 2002), cada prática, teoria e pesquisa musicoterápica é vista como ocorrendo em seu próprio e único contexto, e este contexto não apenas dá forma ao trabalho, mas também nos predispõe a aplicar nele certos valores, sentidos e interpretações. Ruud (2010) propõe que expandamos nossa concepção de musicoterapia; não se trata apenas de arte e ciência, mas uma parte integral das humanidades e assim deve ser considerada, a partir de perspectivas históricas, sociais e culturais. Finalmente, existem teorias multiculturais e feministas que defendem o empoderamento de todos aqueles oprimidos pelas discriminações incorporadas em nossa linguagem e na própria estrutura de nossa sociedade e cultura (HADLEY, 2006).

A música é particularmente relevante para essas noções. Ela é intrinsecamente ecológica de duas formas. Primeiro, a música é por si só uma holarquia ou sistema organizado, onde cada camada da música ou da experiência é parte de um todo que por sua vez é parte de outro todo, *ad infinitum*, com cada parte-todo inextrincavelmente e reciprocamente conectado uns com os outros. Uma parte influencia e é influenciada por outra, e ambas são reciprocamente influenciadas pelo todo. Segundo, a música permeia cada camada da ecologia; ela é encontrada dentro de cada camada do meio ambiente ou do sistema sociocultural e, de fato, serve como catalisador, continente ou unificador dentro e entre as diferentes camadas.

Estas noções de terapia e música expandem a disciplina da musicoterapia consideravelmente e sugerem potenciais mais amplos do que foi tradicionalmente concebido. Boxill (1997), uma pensadora pioneira, explica que os musicoterapeutas têm uma função especial a desempenhar ao trazer a inteireza da

música para nutrir o planeta inteiro, além do indivíduo ou do grupo dentro do consultório:

> (...) Nós musicoterapeutas temos mais do que nunca o imperativo de elevar e ampliar nossas perspectivas – para efetuar um impacto globalmente que alcance mais além do que o consultório tradicional. Devemos procurar por novas formas e possibilidades para trazer a essência da musicoterapia – sua profunda humanidade – para o povo "ordinário" no planeta Terra. Nossa intenção é alcançável. Porque *nós musicoterapeutas temos como agente terapêutico o meio humano universal de contato, comunicação e expressão– a música*. O potencial é irrestrito. (p. 179)

Numa corrente similar, Ruud (1988, 1998) sugere que a musicoterapia deve ser considerada um movimento cultural assim como uma modalidade terapêutica de tratamento. A principal razão que ele dá é que a música e a musicoterapia servem "a um importante papel aprimorando a qualidade de vida (...) o que fortalece nossa consciência emocional, estabelece um senso de ação, nutre o pertencimento e fornece sentido e coerência à vida" (p. 49). Em seguida ele explica que esta ênfase sobre o relacionamento entre saúde e qualidade de vida é um importante conceito filosófico e único, uma contribuição das arte-terapias à nossa visão de mundo sobre saúde e tratamento, e que, como musicoterapeutas, devemos começar a propagar esta nova forma de pensamento.

Ao revisar a literatura sobre as práticas ecológicas na musicoterapia (das variadas formas como é definida), podemos encontrar muitas novas áreas de interesse e muitos métodos inovativos gerados por esta forma de pensar. Antes de proceder à descrição dos diferentes níveis de prática ecológica, alguns comentários se fazem necessários. Primeiro, esta área é relativamente nova no campo; consequentemente, muitas das suas práticas ainda não foram totalmente desenvolvidas ou adequadamente pesquisadas. Assim, é extremamente difícil definir, distinguir ou categorizar tais práticas. Neste capítulo, o autor tentou fazê-lo com o claro entendimento de que todas as nomenclaturas e definições são apenas tentativas e estão abertas à revisão.

Segundo, práticas ecológicas são bem diferentes daquelas das outras áreas, e isto tem grandes implicações na determinação dos níveis. Não apenas a terapia se estende para além do consultório, independente do setting, mas também se estende para além da relação cliente-terapeuta para incluir muitas camadas de trocas entre cliente e comunidade, terapeuta e comunidade, membros da comunidade e entre as próprias comunidades. Indo mais além, o próprio trabalho é diferente, algumas vezes nada parecido com a terapia tradicional. Assim, o setting terapêutico, a relação clienteterapeuta e o "processo" não podem ser usados como critérios na determinação dos níveis de terapia como o foram nas outras áreas da prática. Como resultado, os níveis de terapia identificados aqui podem parecer inconsistentes com as outras áreas da prática, e, apesar de exemplos estarem listados sob determinado nível, eles podem facilmente se mover para outro. Aqui o critério de maior importância é se o foco é no indivíduo, na ecologia, ou em ambos, e o grau de transformação resultante da intervenção.

Práticas Ecológicas Auxiliares

Incluídos neste nível estão todos aqueles usos da música direcionados para grandes grupos de pessoas. Os grupos são ecológicos pois ocorrem dentro do contexto natural, ou são formados intencionalmente enquanto uma comunidade. Também estão incluídos aí os variados esforços de musicoterapeutas

enquanto um grupo organizado de profissionais.

A *Música Funcional* é a utilização de música de fundo para influenciar ambientes físicos, estados físicos, comportamentos, humores, atitudes, etc., fora de um contexto terapêutico, isto é, em settings comerciais, industriais, organizacionais, educacionais ou residenciais. Musicoterapia de Ambiente pode ser usada para aprimorar ambientes físicos.

A *Música Cerimonial* é a utilização de músicas especialmente selecionadas para acompanhar eventos públicos como cerimônias militares ou de Estado, eventos esportivos ou cerimônias de premiação. O propósito é inspirar ou engendrar certos valores, sentimentos ou atitudes na audiência, enquanto ajuda igualmente a formar seu entendimento e a participação na própria cerimônia.

A M*úsica Inspirada* é a utilização da música para estimular experiências espirituais, facilitar a meditação religiosa e para aprimorar atividades de prece e adoração.

No *Ativismo Musicoterápico*, musicoterapeutas utilizam suas perspectivas, habilidades e valores únicos para reunir as pessoas em torno de variados movimentos e questões sociais, culturais e políticas (p. ex., paz, envelhecimento, igualdade, inclusão, assistência à saúde) e então induzir as transformações necessárias. A primeira iniciativa como essa foi tomada por Boxill (1989), que fundou o "Musicoterapeutas pela Paz".

> Como uma rede mundial de musicoterapeutas, estamos explorando, e *aplicando*, novas formas de usar conscientemente os poderes singulares da música e do fazer musical: criar relações harmônicas entre as pessoas de todas as condições e níveis da sociedade; utilizar nossas estratégias e técnicas especiais para ajudar as pessoas a resolver conflitos por meios não verbais de comunicação; fornecer meios para tornar mais pacífico o contato entre indivíduos e grupos – pelo convívio pacífico. (p. 135)

Música Comunitária é um fenômeno totalmente diverso, variando amplamente de acordo com a locação, comunidade e cultura. Por essa razão, todas as definições circundantes são difíceis de formular. A Sociedade Internacional de Educação Musical (ISME, 2003) tentou resumir as diferentes correntes da música comunitária da seguinte maneira: (ver http://www.isme.org/cma).

> Nós acreditamos que todos têm o direito e a capacidade de fazer, criar e desfrutar de sua própria música. Nós acreditamos que o fazer musical ativo deve ser encorajado e apoiado em todas as idade e em todos os níveis da sociedade. Atividades de Música Comunitária fazem mais que envolver os participantes no fazer musical; elas fornecem oportunidades de formar expressões pessoais e comuns de interesse artístico, social, político e cultural. As atividades de Música Comunitária fazem mais do que buscar a excelência e inovação musical; elas podem contribuir para o desenvolvimento de uma regeneração econômica e podem aprimorar a qualidade de vida nas comunidades. As atividades de Música Comunitária encorajam e empoderam os participantes até torná-los agentes para ampliar e desenvolver a música em suas comunidades. Em todas estas formas, as atividades de Música Comunitária podem complementar, interagir e ampliar as estruturas da educação musical formal.

De uma perspectiva musicoterápica, os programas de música comunitária podem reunir os membros de uma comunidade, e assim criar e aprimorar as relações interpessoais; podem ajudar a motivar e organizar comunidades para que estas melhor beneficiem a saúde e o respeito mútuo entre seus membros; podem contribuir e aperfeiçoar comunidades existentes no cumprimento de sua missão; e podem ser utilizadas para apoiar e ajudar comunidades em crise.

Muitos musicoterapeutas exploraram como a música comunitária pode fazer bem para a saúde. Curtis (2004) descreve um programa de música comunitária chamado "*Musical Minds*", no qual um grupo de adultos com doença mental crônica vivendo em comunidade se encontram semanalmente para cantar solos e em conjunto e ocasionalmente fazer algumas apresentações públicas. Oosthuizen, Fouché e Torrance desenvolveram um projeto extracurricular para crianças com necessidades especiais na África do Sul chamado "*Music for Life*". O projeto utiliza musicoterapeutas e músicos da comunidade de forma a oferecer uma ampla gama de atividades musicais para as crianças. Este projeto é oferecido por uma clínica que estes autores fundaram para lidar com a pobreza, o desemprego, a violência e os problemas de saúde que fragmentaram a comunidade. Richardson (2013) descreve um projeto venezuelano onde estudantes e professores de musicoterapia apresentam performances engajando a platéia no fazer musical e, então, propondo a discussão das diferentes respostas e questões levantadas pela música e pelo fazer musical.

Práticas Ecológicas Aumentativas

Este nível é caracterizado por esforços sistemáticos e continuados de usar a música para aprimorar a relação entre indivíduos e os contextos ecológicos nos quais vivem ou trabalham.

Os *Programas Artísticos de Extensão* são definidos aqui como qualquer esforço continuado de ajudar pessoas com problemas de saúde a se tornarem consumidores das principais tendências artísticas de sua cultura, ou seja, como qualquer outro membro da comunidade. Isto pode consistir em ajudar pessoas debilitadas ou institucionalizadas a frequentar e participar de eventos artísticos públicos ou comunitários ou trazer artistas e performances dentro de instituições ou das casas daqueles que não podem sair. Um exemplo marcante de tais programas é o "*Hospital Audiences*", criado por Michael Jon Spencer na cidade de Nova Iorque e duplicado por muitas outras nos EUA. Outra abordagem é organizar e promover iniciativas artísticas de pessoas com problemas de saúde ou restrições. Um exemplo deste tipo é o "*The Very Special Arts Festivals*" (O Festival das Artes Muito Especiais) do Centro John F. Kennedy de Artes Performáticas, patrocinado em diversas partes dos EUA em escolas públicas e organizações comunitárias. Podemos encontrar igualmente muitos outros grupos musicais comunitários realizados por pessoas com diferentes limitações ou restrições. Para outros exemplos, ver Bunt (1994) e *Educational Facilities Laboratory* (1995).

A *Musicoterapia Organizacional* é a potencial aplicação da música para o desenvolvimento e suporte do quadro de funcionários (O'NEILL,1995) e para aprimorar as relações no ambiente de trabalho e em grupos profissionais. Como a "Psicologia Organizacional", esta prática pode envolver consulta, avaliação diagnóstica ou intervenção.

Os *Rituais Musicais de Cura* incluem todas aquelas formas de terapia e cura que utilizam músicas e rituais que fazem parte da cultura do cliente ou que formam uma parte importante de seu passado coletivo. Seu propósito é redescobrir a sabedoria das antigas práticas de cura, muitas das quais se baseavam fortemente na música, enquanto também reconecta os clientes às suas raízes pessoais e coletivas. Três abordagens principais são adotadas: o uso de rituais musicais da cultura ou comunidade

específica do cliente; o uso de rituais tradicionais de cura (p. ex., a música no xamanismo); e a criação de rituais musicais especiais para lidar com as necessidades individuais e ecológicas do cliente. Para exemplos, ver Agrotou (1993a), Aigen (1991a), Akombo (2004), Beer (1990), Kenny (1982) e Moreno (1988). Esta prática pode também ser implementada no nível intensivo, dependendo da amplitude e profundidade do processo e da transformação terapêutica.

Na *Musicoterapia Sociocultural*, o terapeuta utiliza a música para desenvolver o entendimento e aprimorar as relações entre os clientes que podem diferir na raça, cultura, nacionalidade, afiliação política, religião, gênero, orientação sexual e assim por diante. O setting pode ser um grupo de musicoterapia tradicional em uma instituição, uma locação onde tais diferenças são nítidas ou uma oficina comunitária planejada para resolver um problema relacional específico. Quando grupos têm suas próprias músicas tradicionais, seus respectivos repertórios e tradições são utilizados para facilitar a comunicação e o insight entre os grupos.

Existem muitos exemplos desta prática. Muitos musicoterapeutas usaram música em programas intergeracionais voltados a promoção de comunicação e entendimento entre diferentes grupos etários (BOWERS, 1998; DARROW et al., 1994; FREGO, 1995; GARDSTROM, 1993). Analogamente, Katz (1993) organizou o “Peace Train Tour”, no qual um coral multicultural e multirracial composto de jovens apresentou músicas tradicionais pela África do Sul durante o desmantelamento do *apartheid*.

Esta prática pode também ser implementada no nível intensivo, dependendo da amplitude e profundidade do processo e da transformação terapêutica. Como exemplo, ver Sekeles (2007).

A *Musicoterapia Orientada ao Contexto* inclui todos os trabalhos com clientes em um setting tradicional onde o terapeuta dá especial atenção a questões e preocupações terapêuticas que advém do gênero, orientação sexual, raça, herança étnica ou pano de fundo sociocultural do cliente. Este foco especial vai além do que qualquer terapeuta levaria em consideração ordinariamente ao trabalhar com um cliente cuja saúde seja influenciada de alguma forma por seu contexto sociocultural. Além disso, um foco importante para o trabalho pode ser preparar clientes para se tornarem mais ativos ao transformarem o mundo onde vivem. Podemos citar como exemplo as práticas musicoterápicas feministas (HADLEY, 2002), empoderando clientes a resistir e combater as forças de opressão em seu mundo (BAINES, 2013), o uso de recursos socioculturais do cliente para facilitar a musicoterapia tradicional (SEKELES, 2007) e o auxílio no ajuste de cliente a novos ambientes físicos e socioculturais, tais como em Whitehead-Pleaux (2009), que descreve como a musicoterapia é utilizada para apoiar crianças hospitalizadas de diferentes países e culturas que estão afastadas de seus pais e de suas casas.

A *Musicoterapia na Valorização Comunitária (Community Enriched Music* Therapy) pode tomar duas formas. Na primeira, o terapeuta importa os recursos de uma comunidade para dentro do setting tradicional e os utiliza para aprimorar o processo terapêutico dos clientes. Um exemplo é o trabalho de Kildea (2007), que trouxe músicos sinfônicos para dentro de sessões de musicoterapia com adolescentes em um hospital pediátrico. Uma abordagem similar foi adotada por Curtis (2011), que coordenou estudantes de musicoterapia e músicos sinfônicos oferecendo musicoterapia para pacientes no fim de suas vidas. Na segunda forma, o terapeuta cria comunidades transitórias dentro da escola, agência ou hospital para aperfeiçoar o processo terapêutico com os clientes. Por exemplo, Aasgard (2004) incluiu pacientes, membros da família, enfermeiros, médicos, terapeutas, professores e alunos em vários grupos musicais para ajudar na abordagem das necessidades das crianças em um hospital pediátrico.

Práticas Ecológicas Intensivas

Muitas práticas aumentativas descritas acima podem mover-se para o nível intensivo. Além disso, este nível inclui a *Musicoterapia Comunitária*, ou MTCo. Muitos livros já foram publicados sobre o assunto, incluindo Edwards (2007), Kenny & Stige (2002), Pavlicevic & Ansdell (2004) e Stige & AarÃ¸ (2012). É notável que muitos autores e editores usem o termo MTCo (CoMT, no original, n. t.) para abarcar toda a área ecológica da prática; entretanto, neste livro, distinções são feitas nesta ampla área da prática, e a MTCo tem uma definição muito mais delimitada do que apenas um exemplo.

Aqui, a Musicoterapia Comunitária tem duas formas principais: na primeira, o terapeuta trabalha com clientes em um setting musicoterápico tradicional individual ou em grupo, enquanto também trabalha com a comunidade na qual os clientes vivem, trabalham ou brincam. Existem quatro passos principais: (1) preparar o cliente para cumprir as expectativas ou normas da comunidade ao máximo possível; (2) assistir o cliente em sua assimilação na comunidade; (3) ajudar a comunidade a adaptar suas expectativas e normas o máximo possível; e (4) assistir a comunidade em encontrar formas de integrar o cliente em sua filiação.

O objetivo principal é ajudar o cliente a adaptar-se e a assimilar-se na comunidade, enquanto também auxilia a comunidade na adaptação e acomodação do cliente. Membros da comunidade podem estar envolvidos em quaisquer destes quatro passos.

Na segunda forma, o terapeuta trabalha diretamente com a comunidade em quaisquer de seus segmentos. O propósito pode ser aumentar a consciência social e cultural e trazer um senso de participação social para todos os envolvidos (VAILLANCOURT, 2012, p. 175), ajudar a comunidade a resolver as questões socioculturais que enfraquecem a paz e o entendimento (BAINES, 2013) ou ajudar as comunidades a lidar com diferentes tipos de trauma (BORCZON, 2013).

Um exemplo pioneiro da primeira forma é o trabalho de Stige (1993), que integrou um grupo de indivíduos com limitações mentais dentro da comunidade usando conceitos como “postos combinados” e “colaborações temporárias”. Quando musicoterapeutas têm “postos combinados”, eles trabalham em diferentes sistemas dentro da comunidade (p. ex., um grupo musical comunitário, uma instituição de saúde mental), e usam suas conexões para estabelecer redes sociais entre os dois grupos. Na colaboração temporária, “um grupo de músicos com necessidades especiais elabora produtos musicais junto a um coral, uma banda de metais ou outra organização musical da comunidade; no processo, a interação social entre os músicos é vista como muito importante” (p. 26). O projeto de Stige culminou em uma apresentação que integrou os dois grupos de músicos.

Outro exemplo é o trabalho de Wood, Verney e Atkinson (2004), que criaram um programa para indivíduos em reabilitação neurológica. O programa leva os clientes da terapia individual no setting tradicional à musicoterapia em grupo e a oficinas em centros comunitários e finalmente a todos os foros da comunidade, tais como oficinas, visitas, concertos e variadas oportunidades educativas.

Também incluídos nesta forma de *Musicoterapia Comunitária* estão todos aqueles programas de continuidade e pós-tratamento (*follow-up*) que utilizam a música para facilitar a integração do cliente de volta a sua vida comunitária após sua institucionalização ou hospitalização. Dependendo do programa, o foco pode estar na preparação dos clientes, da comunidade ou ambos.

Para a segunda forma, Borczon (2013) forneceu uma revisão minuciosa de como a musicoterapia tem sido utilizada em comunidades após eventos traumáticos. Shih (2011a, 2011b) descreve um programa de musicoterapia intensiva para tratar as demandas de sobreviventes do terremoto Sichuan, na China. Os musicoterapeutas viveram e trabalharam com os sobreviventes no local de reassentamento por um longo período de tempo, oferecendo muitos tipos diferentes de programas musicais para lidar com diferentes necessidades de diferentes segmentos da comunidade.

Práticas Ecológicas Primárias

As práticas ecológicas tornam-se primárias quando levam a transformações significativas e duradouras no indivíduo ou comunidade e quando as metas e processos estendem-se por diversas áreas da prática (p. ex., psicoterapia, recreação, didática).

27

PENSAMENTO INTEGRAL

O pensamento integral não é um método; trata-se de uma forma de pensar livremente e criativamente ao se resolver um problema. Para ilustrar, aqui está o numeral romano 9:

IX

A tarefa é transformar este numeral romano em um 6 usando apenas uma linha contínua. A resposta aparece no final do capítulo.

Quando alguém é incapaz de vencer um desafio, os psicólogos da Gestalt explicam que este é um problema perceptivo, o que eles chamam de "fixação funcional". No contexto desta discussão, a fixação funcional é uma tendência cognitiva a ver as coisas apenas de determinada forma e um bloqueio mental contra vê-las de maneira diferente. Isto é o que eu chamo de o fenômeno do "pensamento de mão única" em musicoterapia.

Para sairmos da mão única para o pensamento integral é preciso uma transformação em nossa configuração mental. O restante deste capítulo esboça como a configuração mental deve mudar e as habilidades específicas que um musicoterapeuta deve desenvolver para ser mais integral em seu pensamento.

Aceitando a Diversidade da Musicoterapia

A pletora de definições, práticas e perspectivas apresentadas neste livro dá ampla evidência que a musicoterapia pode ser, e na verdade o é, concebida de muitas formas. Infelizmente, estas diferenças são, muitas vezes, apresentadas e defendidas através de pensamentos dicotômicos, de mão única, com assertivas como: *Esta* é a forma de prática musicoterápica mais efetiva, e não *aquela* – ou de forma mais grosseira, a *minha* forma de musicoterapia é a melhor, e não a *sua* forma, ou a forma *deles*. Este livro deve ter deixado claro até aqui que a musicoterapia não é apenas o que você faz ou o que eu faço, ou o que nós dois fazemos – mas o que todos nós fazemos. As melhores práticas em musicoterapia podem, portanto ser baseadas apenas no princípio da inclusão crítica, isto é, incluir nas fronteiras conceituais da musicoterapia aquelas práticas éticas e profissionais relatadas como efetivas na literatura de referência, baseada em evidências clínicas, teóricas e acadêmicas críveis.

O primeiro passo no pensamento integral, então, é aceitar a realidade de que sempre haverá diferenças de opinião acerca da prática, da teoria e da pesquisa e que estas diferenças são essenciais para o crescimento da disciplina. Aceitar a diversidade exige algumas formas de se pensar ainda por ser

desenvolvidas, como descrito nas próximas sessões.

Integrando o Novo e o Velho

O pensamento de mão única muitas vezes aparece (e o pensamento integral muitas vezes desaparece) quando novas ideias e práticas são introduzidas num campo, e especialmente quando elas são arrojadas e inovadoras. Quando o livro de referência de Stige (2002) introduziu a noção de musicoterapia "centrada na cultura", eu fiz o seguinte comentário cauteloso no prefácio, não para Stige, mas para aqueles que poderiam tornar o livro a mais nova forma de pensamento de mão-única.

> Uma das lições que estamos aprendendo enquanto profissão é que uma nova ideia não necessariamente substitui ou supera as anteriores; no lugar disso, cada ideia nova entra numa já existente cultura de ideias, onde todas elas começam a interagir. Assim, quando uma nova ideia é introduzida, toda a cultura é fertilizada: ideias existentes são influenciadas pela nova, e a nova é influenciada por sua integração na cultura existente. Assim, o pensamento centrado na cultura não substitui ou supera as forças comportamentais, psicodinâmicas, humanísticas ou transpessoais do pensamento; ao invés disso, ela lhes serve de catalizador para torná-los mais sensíveis à cultura; em troca, as forças estabelecidas desafiam os pensadores centrados na cultura a, de alguma, forma integrar os valores existentes dentro do seu pensamento. O processo de desenvolvimento é mais holístico do que linear, de forma que existe um lugar para toda ideia que permanece relevante. (BRUSCIA, 2002, p. xvi)

Encontrando Semelhanças

Para ser inclusivo criticamente, devemos esclarecer as distinções significativas entre as variadas práticas e conceitos. Por exemplo, nossa maturidade enquanto disciplina depende de nossa habilidade de articular como orientações comportamentais, biomédicas, psicodinâmicas, humanísticas, transpessoais e centradas na cultura podem influenciar a prática diferentemente. Mas é igualmente, senão mais importante, identificar o que há de comum entre eles – os pontos onde coincidem a despeito de suas diferenças. Este é o processo que Piaget chamou de "conservação" (um exemplo de conservação musical é o reconhecimento de que uma linha melódica não se modificou, a despeito das drásticas transformações no ritmo, harmonia, textura, e assim por diante).

Na teoria do desenvolvimento de Piaget, a habilidade de discriminar (detectar diferenças) precede a habilidade de conservar (detectar semelhanças); ela é menos sofisticada do ponto de vista do desenvolvimento – e menos madura cognitivamente – do que a conservação. É preciso mais perspicácia perceptiva e habilidade cognitiva para reconhecer as semelhanças do que para detectar as diferenças.

Muitas das distinções apresentadas no presente livro foram feitas com o processo de conservação em mente. A questão não é apenas "Quais são as diferenças entre as práticas e os conceitos?", mas também "O quanto eles são idênticos, ou similares ou apenas tangencialmente ligados?". Por essa razão, as distinções feitas aqui não são consideradas como fronteiras fixas que não podem ser ultrapassadas. Ao contrário, cada distinção ou fronteira deve ser vista como um sinal tanto de diferença como de conexão.

A suposição aqui é que a maioria, senão todas as práticas e conceitos da musicoterapia, está conectada de alguma forma, independente de suas diferenças, por mais significativas que sejam.

Encarando Diferenças como Opções

Uma vez que encontramos semelhanças e conexões, as diferenças podem ser encaradas como possíveis opções inerentes a cada prática e conceito. Por exemplo, se conhecemos as diferenças entre experiências re-criativas e improvisativas e então vemos suas semelhanças, somos capazes então de alternar entre as duas experiências quando tal ajuste é necessário. De forma semelhante, apesar das diferenças, se podemos ver as semelhanças entre o pensamento biomédico e o psicodinâmico, descobriremos como cada um pode ser mais bem aplicado e modulado. Podemos então começar a expandir as perspectivas de ambas, já que literalmente temos mais opções para utilizá-las.

Agora aplique esta simples ideia – diferenças são opções, quando conhecemos as semelhanças – a cada distinção já feita neste livro. Será aí que terá começado o processo do pensamento integral. Por exemplo, imagine as opções que ganhamos ao entendermos as diferenças e similaridades entre os diferentes níveis e tipos de experiências musicais (p. ex., improvisações musicais e para-musicais) ou entre diferentes formas de se ajudar um cliente (empatizar e guiar) ou entre as diferentes funções de cliente e terapeuta, as diferentes opções para sermos reflexivos, os diferentes tipos de transformações solicitados em terapia e os diferentes níveis e áreas da prática. Cada distinção e similaridade que encontramos nos dão alternativas para cada prática e conceito.

Ver as opções e alternativas inerentes em cada prática e conceito e ser capaz de alternar de uma para outra é fundamental para cuidar das demandas dos clientes. Nenhum cliente é igual a outro; nenhuma população é igual à outra; e o que funciona para um não necessariamente funciona para o outro. Dada a clientela diversa servida pela musicoterapia, é essencial aplicarmos o que sabemos sobre o trabalho com determinado cliente ou população no trabalho com outros clientes e populações.

É sempre mais fácil encarar tais diferenças de opinião ou culturais como irreconciliáveis ou sendo tão diferentes que são mutuamente exclusivas. Mas se estamos buscando uma descrição coerente deste campo tão diverso, parece razoável esperar que as muitas diferenças nas definições e práticas ao redor do mundo podem ser vistas como variações ou opções dentro de um vasto espectro de possibilidades, que devem ser consideradas no trabalho no mundo atual. Assim, embora não seja fácil, o desafio é encontrar uma forma de reuni-las juntas dentro de uma matriz coerente, integral.

Respeitando as Ideias de Outros

Ken Wilber (2000), um dos mais proeminentes filósofos americanos, tem trabalhado por décadas buscando criar uma teoria integral do conhecimento, ou uma matriz que possa integrar e reconciliar as diferenças que temos encontrado pela miríade de disciplinas e culturas de conhecimento que temos estudado. Esta não é uma tarefa fácil, e depois de encontrar intensos dilemas intelectuais, ele descobriu uma solução manejável. Ao invés de questionar ou denegrir a legitimidade de cada diferença na prática ou paradigma que encontrou, ele propôs que, no fim:

> Todos estão certos. Mais especificamente, todos – incluindo eu – tem algumas peças importantes da verdade, e todas essas peças devem ser honradas, queridas e incluídas no mais gracioso, espaçoso e compassivo abraço. (p. 48)

Isso me deu a ideia de que, se séculos de conhecimento acumulado através de diferentes culturas podem ser integrados de uma forma convincente, então uma disciplina jovem e relativamente pequena tal como a musicoterapia também pode. Mas uma transformação na configuração mental se faz necessária. Diferenças na definição e na prática devem todas ser consideradas como importantes peças da verdade que necessitam ser colocadas num mosaico maior e todas as peças devem ser aceitas como partes legítimas e necessárias deste mosaico. Assim, quando musicoterapeutas trabalham com seus clientes, eles não deveriam usar apenas algumas peças do mosaico; eles deveriam considerar toda a matriz e então usar o que quer que seja necessário ao cliente e que esteja dentro do âmbito de sua formação e competência.

Sendo Reflexivo

A pesquisa fenomenológica indicou que musicoterapeutas experientes mantém um fluxo de consciência bastante ativo em seu trabalho com os clientes (ABBOTT, 2008; COOPER, 2010; MULLER, 2008). Este fluxo de consciência envolve um ciclo contínuo de:

1) Continuamente trazer à consciência o que está acontecendo, momento a momento, com ambos, cliente e terapeuta, tanto na experiência musical como nas relações formadas através desta;
2) Formular a intenção terapêutica para lidar com o que acontece; e
3) Agir e interagir de acordo, musicalmente ou não, e então iniciar o ciclo novamente. (ABBOTT, 2008)

Este ciclo pode ocorrer em um instante ou pode levar mais tempo para se completar, mas cada um dos atos e o próprio ciclo que os organizam formam um processo contínuo que o terapeuta reflexivo busca manter durante toda a sessão.

Mudando Continuamente de Lugar e de Foco[17]

Muitos dos meus escritos se focaram na primeira fase do ciclo da reflexividade, descrito acima – isto é, como um terapeuta permanece em atenção (BRUSCIA, 1987, 1990, 1995, 1998). Para resumir brevemente, estes escritos propuseram que duas operações são essenciais para a fase de tomada de consciência do ciclo. A primeira é identificar o *locus* da atenção e o segundo é selecionar o seu *foco*.

O locus da atenção é onde o terapeuta está localizado ou “situado” no trabalho e observação do cliente. Estar situado é saber “de onde viemos” ou a partir de que lugar perceptivo apreendemos o clientes e os eventos contínuos da terapia. Isso colore tudo o que um terapeuta observa e concebe sobre o processo em andamento. Por exemplo, o terapeuta percebe que ele está tentando entender um cliente muçulmano a partir de sua própria visão de mundo enquanto católico, ou percebe que sua empatia pelo

cliente vem de sua própria história pessoal ou então que está tomando decisões e trabalhando com o cliente baseado mais em suas teorias do que em sua empatia.

Seguindo, o terapeuta deve identificar qual "foco" de atenção seria o mais interessante para o cliente. Este é um passo crucial. Continuando com os exemplos acima, o terapeuta percebe que está focando na religião do cliente, quando esta não é um aspecto da sua identidade que seja relevante para o trabalho, ou o terapeuta percebe que está se focando em como o cliente se sente quando este precisa ir além de seus sentimentos, ou o terapeuta percebe que sua orientação teórica no momento não é relevante para o que o cliente está lhe trazendo.

Se, por outro lado, o terapeuta está trabalhando integralmente, ele deve determinar onde se localizar em relação ao cliente, e quais os aspectos deste que precisam de sua atenção e de seu foco. Isso é desafiador, pois depende do que o cliente está apresentando como prioridade terapêutica a cada instante. Assim, ao invés de observar com uma configuração mental estabelecida, o terapeuta deve abrir sua atenção para o que quer que apareça de importante.

> (...) Eu tento me abrir para o que quer que esteja acontecendo naquele instante, permitindo ao cliente e à música guiar minha experiência, recebendo e engajando o que quer que apareça em sua forma natural, espontânea. Esta é uma fase de presença passiva na qual me permito flutuar para dentro e para fora de diferentes mundos e camadas de experiências, sem tentar focar, ancorar ou dirigir a maré da experiência. (BRUSCIA, 1998, p. 97)

Enquanto o terapeuta mantém sua atenção aberta, certos aspectos da situação em andamento emergem como mais "salientes" (BRUSCIA, 1987). Neste contexto, saliência significa não apenas reconhecer quais aspectos da música são mais proeminentes na experiência terapêutica em andamento, mas também quais aspectos do cliente ou de si mesmo estão emergindo como significativos ou que precisam de mais atenção. O foco de atenção do terapeuta é então continuamente guiado por uma presença aberta que permite que aspectos salientes da situação em andamento se apresentem por si só.

Enquanto o terapeuta muda o *locus* e o foco de sua atenção, até ele poder identificar a demanda prioritária do cliente no momento, ele está pronto para passar para as próximas fases do ciclo – formular um intento e uma estratégia de implementação. Então o ciclo da reflexividade começa novamente e assim continua por toda a sessão.

Considerando Perspectivas Macro e Micro

De um ponto de vista prático, o ciclo da reflexividade acima necessariamente envolve considerar ambas perspectivas, macro e micro, sobre o trabalho com os clientes. Ao invés de pensar sobre a prática apenas em grandes camadas (ou macro), tais como "como trabalhar com um modelo, método, orientação ou processo em particular", também devemos considerar as camadas pequenas (ou micro). As micro camadas dizem respeito ao que transpira a cada instante durante cada sessão, tais como uma experiência musical em particular ou qualquer um de seus segmentos, uma interação cliente-terapeuta específica ou cada fase ou passo procedural de um modelo ou método.

Na pesquisa citada acima sobre clínicos experientes, está claro que fazer terapia envolve

continuamente mover-se entre as perspectivas macro e micro. Por exemplo, ao alternar entre duas perspectivas macro, o terapeuta pode alternar de um método a outro dentro da mesma orientação (p. ex., métodos re-criativos a improvisativos dentro de uma orientação humanística) ou de uma orientação à outra usando o mesmo método (p. ex., da humanística à psicodinâmica dentro do método improvisativo). Ou, movendo-se do micro ao macro, o terapeuta pode focar numa única reação do cliente a uma técnica ou intervenção em particular e perceber então que o modelo (p. ex., Imagens Guiadas e Música) deve ser adaptado. Ou então, o terapeuta pode focar na interação dentro de um grupo e perceber que precisa alternar do método improvisativo para o re-criativo.

As implicações da alternância entre as perspectivas macro e micro são muito libertadoras. Essencialmente, isso dá ao terapeuta a liberdade (e a permissão) de trabalhar com flexibilidade, mesmo ao seguir um modelo, método, orientação ou processo de transformação em particular. A integridade do trabalho depende da atenção do terapeuta, de como ele atende às necessidades do cliente enquanto alterna entre os níveis micro e macro, implementa o método e avalia a resposta do cliente considerando ambos os níveis.

Existem incontáveis formas de ver a prática da musicoterapia em termos macro e micro. Aqui está um exemplo da tomada de uma perspectiva micro dentro de um nível macro. No nível macro, o GIM (Imagens Guiadas e Música) deu forma a uma camada maior: todas as sessões têm os mesmos componentes básicos e a mesma sequência, ainda que o terapeuta possa elaborar cada componente deste formato, no nível micro, com grande flexibilidade. Durante a indução ao relaxamento, o terapeuta pode ser orientado ao resultado e seguir a indução específica do objetivo predeterminado, ou o terapeuta pode assumir uma abordagem mais orientada à experiência e desenhar a indução a cada instante, baseado nas respostas do cliente ao relaxamento em andamento. Assim, na próxima parte da sessão, a experiência de imagem-música, o terapeuta pode guiar o cliente baseado em metas terapêuticas predeterminadas ou de longa data (reforçar a interação com outros) e/ou guiá-lo de acordo com as imagens que ele traga a cada instante (o cliente se afasta dos outros) Então, a qualquer momento, o terapeuta pode mudar para a perspectiva macro e comparar o que está acontecendo num segmento particular da sessão com outras sessões GIM do cliente, ou com todo o seu processo terapêutico até aqui.

Outra forma de pensar sobre macro e micro é em termos de orientações. Muitas abordagens da musicoterapia são “centradas” em um valor particular. Algumas são centradas na música; algumas no método; algumas baseadas em evidências; algumas centradas na cultura; algumas orientadas aos recursos; algumas orientadas aos problemas; e assim por diante. A reflexividade fornece a flexibilidade para mover o foco do trabalho de qualquer um desses valores a outro, tal como ditado pelas necessidades do cliente. E ao manter as perspectivas macro e micro, o foco do trabalho pode mudar entre e dentre as experiências, interações, partes das sessões, sessões inteiras e conjuntos de sessões. A assunção primária aqui é que alguns clientes podem precisar de continuidade no trabalho apenas com alguns destes focos, enquanto outros podem necessitar que o trabalho troque de um foco para outro. Assim, não é o modo de pensar ou as preferências do terapeuta que determinam o foco do trabalho com o cliente, mas as necessidades deste no que elas se transformam a cada instante e a cada sessão. Por exemplo, um terapeuta centrado no cliente pode também precisar ser centrado na música e baseado em evidências; um terapeuta baseado em evidências pode precisar ser orientado a resultados e orientado ao contexto; e assim por diante. O “centramento” do trabalho é decisão do terapeuta apenas – e deve ser baseado no que o cliente apresenta.

Isso leva diretamente à noção de prática integral. Um terapeuta que continuamente muda de *locus* e foco de atenção enquanto também alterna entre as perspectivas macro e micro ganha uma miríade de oportunidade – independente de método, modelo ou orientação – para considerar as diferentes opções em

ser responsivo ao cliente. Seguir um método, modelo ou orientação não leva automaticamente ao pensamento de mão-única ou à obstinação; simplesmente fornece uma matriz para a prática integral.

Devido às possibilidades sem fim para o *locus* e o foco da reflexividade dentro das perspectivas macro e micro, diretrizes específicas são necessárias para iniciar a prática na forma integral, especialmente para o neófito. O próximo capítulo é uma tentativa de simplificar e reduzir as complexidades envolvidas na prática integral, as apresentar os parâmetros básicos que devem ser considerados, como esboçado nos capítulos anteriores.

Resposta do Desafio

A resposta ao desafio proposto no início do capítulo é: SIX. Sim, a solução foi perceber IX não apenas como um numeral romano, mas também como letras do alfabeto, e como as últimas letras da palavra inglesa “SIX” (seis). Assim, bastava uma única linha curva no formato de um S.

28

PRÁTICAS INTEGRAIS

Sendo Integral

A prática integral é o contínuo ajuste do terapeuta de sua própria forma de pensar e trabalhar com um cliente, para atender continuamente as necessidades apresentadas pelo cliente enquanto prioridades terapêuticas. Um terapeuta integral permanece reflexivo nos níveis macro e micro e pensa da forma que o cliente necessita que ele pense, e não da forma de pensar já adotada pelo terapeuta; analogamente, um terapeuta integral trabalha da forma que o cliente necessita que ele trabalhe, e não da forma como já decidiu trabalhar. Um praticante integral permanece vigilante e aberto a responder ao que quer que o cliente precise revelar, criando um contínuo dar-e-receber entre terapeuta e cliente, seguindo e guiando um ao outro. Da mesma maneira, um terapeuta integral pode seguir um protocolo ou modelo fielmente; modificar o protocolo para atender às necessidades emergentes do cliente; usar outros protocolos relevantes se e quando necessário; e estabelecer uma forma única de trabalhar com os clientes sem estar usando protocolos. E ser capaz de fazer tudo isso depende não apenas da habilidade do terapeuta de ser reflexivo sobre si mesmo em relação ao cliente, mas também da sua mestria dos métodos, orientações e técnicas musicoterápicas.

Em linguagem comum, um praticante integral é flexível, ao invés de fixado e mente aberta ao invés de obstinado, mas nesta flexibilidade é possível se fixar algumas vezes, e nesta abertura da mente é possível se obstinar algumas vezes. O pensamento e o trabalho integral é o oposto do pensamento e do trabalho de mão-única, mas os inclui dentro de si.

Para começar a praticar a integralidade, o melhor a fazer é começar com uma árvore de decisões que apresente questões e opções para cada passo do processo terapêutico. O que se segue é um sumário das opções que foram apresentadas ao longo deste livro. Note que esta é apenas uma árvore de decisão alternativa aos passos procedurais básicos de avaliação diagnóstica, tratamento e avaliação.

Identificando Participantes e Contextos

Ao iniciar o trabalho com um cliente, é importante ser reflexivo no nível macro – ver a situação geral, onde e como cada um está envolvido. Primeiro, identificar quem ou o que é o seu cliente. Ele é um indivíduo, uma família inteira ou um relacionamento e/ou o ambiente físico e sociocultural onde eles vivem?

Então compare os antecedentes e o contexto de vida do cliente com o seu. Onde estão as semelhanças e diferenças entre as formas como você e seus clientes veem e vivem em seus respectivos mundos?

Em seguida, identifique outros possíveis participantes e consultores do processo terapêutico, e situe ou localize de onde eles vêm e como seus antecedentes e contextos se encaixam com os seus e os de seu cliente.

Entendendo o(s) Cliente(s)

Esta parte do processo requer do terapeuta que este mude o *locus* e o foco de sua atenção de tantas maneiras quanto for possível, movendo-se em torno do consultório e do mundo pessoal do cliente. Se você entrar na pele do paciente (*locus*), qual seria sua principal preocupação (foco 1) durante o processo terapêutico ou, mais especificamente, o que você desejaria e necessitaria do terapeuta e da música? Quais recursos você espera utilizar para alcançar as metas da terapia, e quais recursos você deseja que o terapeuta lhe ajude a reconhecer e utilizar (foco 2)? Indo além, se você fosse o cliente, o que você gostaria ou precisaria que mudasse em seus parentes, família, comunidade ou sociedade (foco 3)? Você vê o seu sucesso na terapia conectado a qualquer uma dessas transformações de contexto?

É claro, até agora, que todas essas transformações de *locus* e foco estão voltadas para a empatia com o cliente. Mas isso não é suficiente. Para entender o cliente o máximo possível, o terapeuta deve mudar para outras perspectivas dentro e fora do setting de terapia. Se você fosse o pai ou o esposo da cliente (*locus* 2), qual seria sua principal preocupação e o que você gostaria ou necessitaria do terapeuta e da música (foco 1)? Quais recursos você gostaria de trazer para ajudar o cliente (foco 2)? E se você fosse um membro da comunidade ou de outro segmento da sociedade, o que você desejaria ou necessitaria – que mudasse no cliente ou na comunidade/sociedade (foco 3)? Quais recursos você traria para ajudar (foco 4)? Agora continue a alternar *locus* e foco até que todas as partes e contextos tenham sido considerados.

Por último, mas não menos importante, examine cuidadosamente o que você como o terapeuta (*locus* 3) vê como necessidades terapêuticas, vontades e recursos do cliente. Agora decida como unir todas essas perspectivas num conjunto flexível de metas para todas as partes envolvidas.

Formando Metas e Estratégias Flexíveis

Diferentes estratégias devem ser usadas para atender às necessidades e recursos únicos de cada cliente. Isso significa que o terapeuta deve utilizar diferentes formas de pensar com clientes que têm diferentes necessidades. A mais simples e econômica forma de estabelecer metas e estratégias é tomar as seguintes decisões:

1) Determine quais metas são acordadas como prioridades da terapia para o cliente. Quando as transformações esperadas podem ser alcançadas de forma previsível, e se estas são observáveis, use estratégias “orientadas ao resultado”, conforme definido anteriormente;
2) Determine quais metas estão obscuras, particularmente aquelas que o cliente deve identificar e reconhecer. Quando as transformações necessárias não são inteiramente previsíveis e a necessidade prioritária condição para a transformação é a experimentação de alternativas terapêuticas ao Eu ou ao contexto, utilize “estratégias centradas na experiência” conforme

definido anteriormente.

3) Determine se o progresso do cliente será afetado por sua situação de vida ou contexto, e quando necessário, formule metas para transformações contextuais que devem ser realizadas. Decida se estratégias orientadas ao resultado ou orientadas à experiência são mais apropriadas.

Considerando Diferentes Níveis de Diretividade

Seja trabalhando pelos resultados, experiências ou em estratégias integrais, o terapeuta sempre tem as opções de dirigir, co-dirigir e seguir o cliente. Considere como cada um desses aspectos do processo será formulado. O terapeuta deve:

- Definir as metas terapêuticas, co-determinar as metas ou deixar o cliente decidir por elas?
- Dirigir a experiência musical, co-dirigir a experiência ou seguir a direção do cliente?
- Dirigir a sessão, co-dirigir a sessão ou deixar que o cliente a dirija?
- Determinar como o progresso do cliente será avaliado, co-determinar o critério ou deixar o cliente escolher o critério?

Usando Experiências Musicais

O primeiro passo nesta conjuntura é decidir quais *facetas* da experiência musical melhor atenderão as necessidades do cliente enquanto também incluem seus recursos – físicos, emocionais, mentais, relacionais e/ou espirituais. Juntamente com isto, o terapeuta também deve decidir os tipos de relação que o cliente deve formar durante o processo terapêutico, isto é, como um resultado das experiências musicais compartilhadas.

O segundo passo é decidir quais *tipos* de experiências (ou métodos) melhor atendem as necessidades e recursos do cliente. O cliente precisa ouvir, improvisar, recriar ou compor música? Você usará um modelo em particular (p. ex., a musicoterapia de Nordoff-Robbins, musicoterapia neurológica)?

Então, dependendo se uma estratégia de resultado ou experiência será utilizada, decida como a música será utilizada. Quando estratégias de resultados são usadas, a música pode ser um estímulo, um reforço, um mediador ou um comportamento operante; quando estratégias de experiência são usadas, a música pode ser um processo de transformação, um produto, uma experiência estética ou espiritual, ou um recurso cultural.

Use diferentes formas de pensar durante as sessões, baseado naquilo que os clientes precisam no momento, no curto prazo e no longo prazo.

- Ao utilizar uma estratégia voltada ao resultado, considere a necessidade do cliente por experiências sem limites estabelecidos e tenha atenção ao contexto, mesmo ao seguir um método, modelo ou protocolo em particular.

- Ao utilizar uma estratégia orientada à experiência, considere a necessidade do cliente de apresentar respostas específicas e de atender a fatores contextuais, mesmo quando a estratégia é essencialmente não diretiva.

Veja a estratégia integral esboçada no Capítulo 17.

Assumindo Diferentes Papéis como Terapeuta

Dependendo se a estratégia utilizada é voltada ao resultado, à experiência ou integral, e se as metas foram estabelecidas para o cliente e/ou seu contexto/ambiente, o terapeuta pode assumir diferentes papéis em diferentes pontos da sessão ou entre sessões – mais uma vez, como determinado pelas necessidades do cliente. Possíveis papéis são:

- Especialista
- Cientista
- Músico
- Profissional
- O que Empatiza
- Representante
- Advogado
- Aprendiz mais experiente
- Concidadão

Escolhendo um Critério de Avaliação

Monitorar o progresso do cliente e a efetividade das estratégias utilizadas é essencial para uma prática ética. Muitas questões são relevantes e devem ser resolvidas:

- Quais tipos de transformação são mais relevantes para se observar – exteriores, interiores ou ambas – no indivíduo ou no seu contexto individual ou ambiente?
- As transformações esperadas são de curto-prazo, longo-prazo ou ambos?
- As transformações se manifestarão dentro das sessões, fora, ou em ambos?
- Quais tipos de evidências das transformações são apropriadas – musicais, não musicais ou ambos?
- A evidência deve ser de natureza objetiva, subjetiva ou ambos?
- Quem deve decidir sobre as questões acima, o terapeuta, o cliente ou ambos?

Trocando a Área ou Nível da Prática

Com o progresso da terapia e com o cumprimento das metas iniciais, necessidades terapêuticas diferentes podem surgir ou evoluir, e o terapeuta deve considerar se a área de prática primária (p. ex., didática) deve ser expandida para outra área (p. ex., psicoterapêutica) e se o nível da prática deve também mudar (p. ex, aumentativo para intensivo, ou intensivo para aumentativo).

Continuando Reflexivo

Todas as decisões acima estão sujeitas à transformação a qualquer momento durante o processo terapêutico, baseado no que o terapeuta continuamente descobre ao ser reflexivo. Como detalhado anteriormente, aqui está uma lista resumida de questões que devem estar no primeiro plano da atenção do terapeuta.

- Integridade da meta: as metas do cliente são relevantes, delimitadas, factíveis e apropriadamente específicas?
- Integridade do método: de acordo com o método, considerei adequadamente as indicações, contraindicações, preferências do cliente e suas necessidades de diferentes auxílios?
- Progresso do cliente: Estou atento o suficiente para as transformações no cliente, especialmente as que se referem aos métodos que estou utilizando?
- Autoconsciência: Levo em conta como minha própria constituição psicológica pode estar afetando ao cliente e ao processo terapêutico?
- Situando a Si mesmo e ao Cliente: Estou atento a como as similaridades e diferenças entre o cliente e eu (p. ex., contextos ambientais, interpessoais e socioculturais) podem estar influenciando nosso trabalho?
- Bem-informado: Sei o suficiente sobre o que estou fazendo?
- Prática Ética: Meu trabalho é consistente com os padrões éticos e clínicos da prática?

Conclusão

Para os Clientes

O mais importante é que o pensamento e a prática integral garante que o cliente terá acesso à gama completa dos benefícios da musicoterapia. Este é o motivo mais convincente para evitarmos o pensamento de mão-única. De forma a servir o cliente da melhor maneira possível, um terapeuta não pode permitir que suas próprias tendências, sua própria forma limitada de pensar e fazer, ou aquelas dos seus mestres, privem o cliente do potencial completo da musicoterapia. De certo modo, o pensamento e a prática integrais é uma forma de defender o cliente, pois libera nosso pensamento de limitações

desnecessárias.

Para os Musicoterapeutas

Existem consequências éticas para o pensamento de mão-única, ou a limitação a apenas um modelo ou método para a prática. Se a maneira de pensar ou de trabalhar com os clientes é limitada, também o é a prática do terapeuta. Por exemplo, se um terapeuta usa apenas estratégias orientadas ao resultado, ou apenas improvisação, ou apenas um modelo de musicoterapia, o terapeuta é eticamente obrigado a não apenas informar sua clientela potencial destas limitações, mas também a especificar claramente as indicações e contraindicações que resultam destas limitações. Por exemplo, se um terapeuta pratica apenas GIM, ele deve encaminhar pacientes que precisam de Musicoterapia Neurológica para outro terapeuta; se o terapeuta usa apenas um método (composição) em apenas uma área ou nível de prática, ele deve informar todos os seus possíveis clientes. Em resumo, a “mão-única” é uma forma limitada de trabalhar com clientes, e o terapeuta deve identificar claramente as indicações e contraindicações que sua forma de pensar impõe ao cliente e ao seu processo terapêutico. É antiético afirmar que o pensamento ou prática de mão-única serve para todas as situações clínicas ou afirmar que ele será efetivo para atender a todas as necessidades de um só paciente ou de toda uma população.

O pensamento e a prática integrais podem parecer complicados, mas uma vez que a configuração mental apropriada tenha se estabelecido, é uma forma muito libertadora, criativa e responsável de se trabalhar. Em contrapartida, o pensamento de mão-única pode impedir terapeuta e cliente de terem sucesso em seu trabalho, e se assim continuam por determinado período de tempo, o *burnout* torna-se uma ameaça real. O terapeuta não apenas se arriscará ao tédio com sua forma única de pensar e praticar, mas ele inevitavelmente encontrará muitas situações e clientes para os quais ele e seu trabalho não serão efetivos. Cedo ou tarde isto minará sua própria crença em si mesmo e na musicoterapia.

É importante que professores e supervisores de musicoterapia mantenham lado a lado diferentes formas de pensar, à medida que evoluem e provam sua eficácia e que, então, os apresentem para seus alunos de forma não tendenciosa. Enquanto líderes na formação das futuras gerações é sua responsabilidade defender as diferentes formas de se pensar e levar a profissão para fora da influência do pensamento de mão-única na prática, teoria, pesquisa e em todos os outros aspectos da disciplina e da profissão.

Dito isto, é fácil ver que a educação e a formação no bacharelado são inadequadas. O campo cresceu tão dramaticamente que é impossível verter todas as bases da prática integral no currículo e no estágio de graduação.

29

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

Para a Disciplina

A musicoterapia é muito diversa e complexa na prática clínica para ser definida ou contida por apenas uma abordagem, modelo, método, setting, população, praticante ou programa de formação. Assim, definir a musicoterapia nos termos de apenas um destes é uma coisa errada.

A musicoterapia é concebida e praticada como uma arte, como uma ciência e como humanidades. Sua concepção enquanto arte pode realçar sua prática como ciência ou humanidades; sua concepção como ciência pode realçar sua prática como uma arte e humanidade; e sua concepção como humanidade pode realçar sua prática e concepção como arte e ciência. Em resumo, concepções múltiplas enriquecem a musicoterapia enquanto as mais estreitas a empobrecem. Além disso, definir a musicoterapia nos termos de apenas uma destas é errôneo.

A musicoterapia não pode ser delimitada ou definida apenas nos termos de uma única área ou nível de prática. Assim, por exemplo, a musicoterapia didática não é toda a disciplina, nem o é qualquer outra área da prática (p. ex., médica, psicoterapêutica); de forma semelhante, um nível particular da prática (i. e., auxiliar, aumentativo, intensivo ou primário) não compreende toda a disciplina. Cada área e nível de prática é apenas uma parte de um todo e não deve ser confundido com toda a musicoterapia. Outra forma de dizer isso é que a prática da musicoterapia tem uma identidade coletiva que inclui e ultrapassa as identidades individuais de todos os praticantes.

A musicoterapia é por demais diversa e complexa para ser abarcada por uma única teoria da música, uma única teoria da terapia, uma única teoria da musicoterapia ou um único método de teorização. E o mesmo vale para a pesquisa. A prática e a teoria são diversas e complexas demais para serem servidas e contidas por apenas uma abordagem de pesquisa. Tanto o paradigma quantitativo quanto o qualitativo são necessários para suprir a ampla gama de questões e problemas inerentes à disciplina.

Prática, teoria e pesquisa são interdependentes e igualmente importantes; entretanto, no limite, cada uma serve a um propósito diferente. A musicoterapia é em primeiro lugar e principalmente uma disciplina da prática, com o propósito específico de ajudar clientes na promoção de sua saúde. O propósito da pesquisa e da teoria é aprimorar nosso conhecimento sobre a prática clínica e, assim, facilitar suas metas.

Este livro propôs uma forma integral de pensamento e prática que abarca a diversidade da musicoterapia e sugere formas para que esta diversidade possa ser concebida como opções em potencial a serem continuamente consideradas no trabalho com os clientes. A chave para o pensamento e a prática integral é a reflexividade.

Para a Profissão

Dada a diversidade e a complexidade da musicoterapia, é impossível preparar musicoterapeutas para atuarem em todas as áreas e níveis dentro dos limites de uma graduação. Decisões devem ser tomadas em breve acerca da educação e treinamento mínimos necessários para a entrada na profissão e para a prática com modelos e níveis avançados da prática. Objetivos específicos para o bacharelado, o mestrado e o doutorado devem ser revistos de forma a refletirem o crescimento da teoria, da prática e da pesquisa no campo.

Associações profissionais de musicoterapia têm a responsabilidade de representar e promover *todas* as áreas e níveis da musicoterapia, ou de declarar suas delimitações a esse respeito em todas as suas publicações. A identidade da musicoterapia de qualquer projeto de associação deve ser consistente com a prática clínica, a teoria e a pesquisa, mais do que com qualquer imagem profissional demandada no atual mercado. Em outras palavras, a profissão de musicoterapia deve definir a si mesma de acordo com a disciplina e não de acordo com seu ambiente socioeconômico ou político.

De forma semelhante, os musicoterapeutas devem definir a si mesmos nos termos de onde eles se encaixam na disciplina, isto é, de acordo com os níveis e áreas específicos que praticam e suas orientações no que se refere à pesquisa e à teoria. É hora de reconhecer que os musicoterapeutas não podem dominar toda a disciplina – a musicoterapia cresceu muito além desta possibilidade. Nós somos todos especialistas num campo vasto e diverso. Assim, a musicoterapia não pode mais ser definida nos termos do que eu faço, ou nos termos do que você faz – ela é o que todos nós fazemos, e está em constante crescimento.

O Futuro da Definição

Apenas o tempo irá dizer se atual necessidade de definição da musicoterapia persistirá ou se esta necessidade será urgente ou significativa o suficiente para garantir outro livro como este. Muito depende da vontade da comunidade de musicoterapeutas de continuar considerando seus limites como uma disciplina e uma profissão e sua habilidade de identificar os tipos de limites necessários para um campo como esse na cultura sempre mutante do cuidado à saúde, da qualidade de vida e das artes. Talvez, matrizes como as propostas neste livro sejam capazes de manter unidas as diferentes concepções de musicoterapia que emergirão nas décadas por vir. Por outro lado, tentativas de expandir ou dissolver os limites existentes já estão bem encaminhadas, e é bem provável que a tessitura da musicoterapia como atualmente concebida estoure e novas delimitações internas e externas tenham que ser traçadas.

É uma faca de dois gumes. De uma perspectiva altruística e orientada ao cliente, os musicoterapeutas devem sempre considerar se concepções do campo novas ou expandidas garantirão uma prática ética e segura; ao mesmo tempo, de uma perspectiva auto-orientada, existe também a necessidade de considerar se estas concepções garantirão a existência da musicoterapia como prática “profissional” viável. Por último, nós apenas podemos servir aos clientes de uma maneira ética e segura se tivermos a competência e o *status* profissional necessários para isso.

NOTAS

2A: Estruturando Constructos Culturais e Discursivos Para a Musicoterapia

2B: Diferentes Concepções da Disciplina e da Profissão

5: Intervenção – Desconstruído

6A: Sistemática – Desconstruído

6B: As Falácias Do Holismo

6C: Não-Diretividade – Uma Ilusão

8A: Ajuda – Desconstruído

8B: O Papel do Poder em Terapia

8C: Ajuda e Hierarquia em Terapia

9: Cliente – Desconstruído

10: Promoção de Saúde – Desconstruído

11: Experiências Musicais e Suas Relações – Desconstruído

17: Forças Dinâmicas – Desconstruído

18: Transformação – Desconstruído

NOTA 2A

ESTRUTURANDO CONSTRUCTOS CULTURAIS E DISCURSIVOS PARA A MUSICOTERAPIA

Stige (2002) e Ansdell (1995, 2003) fizeram contribuições significativas para nosso pensamento sobre a natureza da musicoterapia e as questões envolvidas na conceptualização de suas definições. O propósito desta nota é duplo. A primeira seção se foca na aceitação das premissas básicas dos dois autores e na adaptação destas premissas a uma abordagem mais expansiva na conceptualização da musicoterapia. A segunda seção propõe formas específicas para que estas importantes questões levantadas por ambos os autores possam ser resolvidas no processo da definição.

Expandindo as Premissas

Cada parágrafo que se segue começa com uma importante premissa na definição de musicoterapia e então a expande ou delimita para que esta se preste a uma abordagem mais inclusiva.

Definições globais ou universais da musicoterapia não são possíveis; entretanto, quando semelhanças significativas são encontradas entre as definições de diferentes grupos, sociedades e culturas (ver Capítulo 3), tornase possível criar uma definição que seja relevante para um contexto maior do que uma cultura ou discurso local. Quando contextos locais e globais são vistos como um *continuum* e não uma dicotomia, algumas definições são mais locais que outras, e algumas definições são mais globais que outras.

A musicoterapia pode não existir “lá fora” na realidade, no sentido filosófico; entretanto, é uma prática estabelecida e um processo interativo repetido que acontece no mundo real entre diversas sociedades e culturas e é experienciada diretamente por terapeutas, clientes e outros que a observam. Assim, podemos ao menos propor que a prática musicoterápica é uma realidade fenomenológica ou experiencial como muitos outros fenômenos (p. ex., música, amor, sexo) que, de forma semelhante, não têm *status* ontológico.

Todos os constructos são relativos aos seus inventores; entretanto, alguns constructos são únicos para os indivíduos, e outros são partilhados em grupos maiores, incluindo sociedades e culturas. Quando constructos são vistos num continuum do único ao compartilhado, algumas definições da musicoterapia tornam-se mais idiossincráticas e locais do que outras, e algumas mais compartilhadas do que outras. Em outras palavras, todos os constructos estão nos olhos do observador, mas alguns deles estão nos olhos de um observador enquanto que outros estão nos olhos de muitos.

Enquanto constructos, sejam individuais ou compartilhados, não têm valor de “verdade”, isto é, não podem ser verificados por comparação com a realidade lá fora; entretanto, alguns constructos são

melhores que outros na descrição do que terapeutas e clientes consistentemente fazem e experimentam na musicoterapia pelos diferentes contextos. Alguns critérios são necessários para avaliar os diferentes constructos da musicoterapia.

Semelhança familiar é uma analogia produtiva para identificar as regularidades e semelhanças tanto nas práticas como nos seus constructos, especialmente se o critério específico é utilizado para determinar o pertencimento à família e os diferentes graus de parentesco. Tal critério pode ultrapassar as percepções individuais e incluir consentimentos intersubjetivos e interobjetivos. Além disso, continuando na metáfora, pertencimento à família e parentesco devem ser estabelecidos por critérios diferentes de semelhança, tais como progenitura, genética e distinção, mesmo em padrões relacionais arquetípicos independentes da cultura (mãe-criança, pai-criança, mãe-pai). Este critério adicional pode revelar não apenas quais indivíduos estão relacionados, mas também aqueles que não estão. Na musicoterapia, então, semelhança familiar é um critério difundido que deve ser usado para identificar as práticas que são relacionadas e aquelas que não o são.

As definições da musicoterapia podem ser constructos que são essencialmente discursivos por natureza; entretanto, estes não são os únicos tipos de constructos envolvidos na construção de uma definição. A musicoterapia não é apenas o que nós descrevemos que seja linguisticamente, mas também o que fazemos e experimentamos. Assim, o critério para avaliar qualquer constructo discursivo não deve depender apenas de sua comparação com outros constructos discursivos; eles também podem ser comparados com outros tipos de constructos. Especificamente, o valor de qualquer definição de musicoterapia não precisa ser baseado apenas em sua consistência com outras definições (ou discursos); este também pode ser comparado com o que fazemos e/ou com o que experienciamos como musicoterapia.

Dadas as diferenças em como a musicoterapia é praticada e definida, podemos descrevê-la como um grupo de práticas relacionadas e situadas, ou mesmo como muitas disciplinas distintas. O que está proposto aqui é mais do que uma coleção ilimitada de práticas diferenciadas culturalmente – sem um “todo” capaz de suplantar ou subordinar as partes ou os todos. Ademais, alguns constructos da musicoterapia são mais inclusivos e holísticos que outros. A tarefa de definir musicoterapia, então, não é descrever sua miríade de variações potencialmente infinitas, todas as quais aceitas com igual valor, mas sim desenvolver constructos melhores, maiores e mais holísticos para ela. Se a definição deve ser inclusiva ao mesmo tempo em que diferencia partes de todos, o definidor deve reconhecer que a hierarquia é mais inclusiva do que a heterarquia e que esta é mais exclusiva do que a primeira. A hierarquia dá valor a relações tanto horizontais (parte-parte) quanto verticais (parte-todo); a heterarquia dá mais importância às relações horizontais sobre as verticais. A razão é que para o heterárquico, relacionamentos verticais implicam julgamento de valor (cada nível de uma hierarquia é considerado mais alto ou melhor que o outro), e estes julgamentos de valor podem ser opressivos. Portanto, a hierarquia inclui a heterarquia (e o igualitarismo), mas a recíproca não é verdadeira. E podemos ainda dizer que, enquanto a “sombra” da hierarquia é a opressão, a “sombra” de heterarquia é a negação das relações potenciais dentro da diversidade.

Todos os indivíduos estão sujeitos às influências socioculturais, linguísticas e ambientais; entretanto, estes contextos não são os únicos determinantes do que os indivíduos pensam, acreditam ou fazem – nem são necessariamente “determinantes” no sentido positivista. Apesar de tudo o que pode restringir a sociedade, a cultura, a linguagem e o ambiente, cada indivíduo tem o livre arbítrio e o poder para responder a essas restrições de diferentes formas. Além disso, cada indivíduo é também influenciado por uma série de outros contextos que são únicos ao indivíduo, tais como experiências e conhecimentos individuais, preferências, família, genética, características corporais, personalidade e

assim por diante. Assim, cada indivíduo deve ser visto tanto no contexto individual como coletivo. O individual não é o coletivo; ao invés disso, o indivíduo é uma pessoa única que exerce seu livre arbítrio e poder dentro das amarras potenciais de uma configuração única de contextos pessoais, socioculturais e ambientais.

Uma Abordagem Alternativa para Definir Musicoterapia

Co-Construção

Além de ser formada socioculturalmente ou linguisticamente, nossa conceptualização de musicoterapia pode também ser baseada em nossas experiências pessoais diretas enquanto terapeuta e cliente e também no que outros musicoterapeutas e clientes nos contam ou escrevem sobre isso. Assim, nossos constructos não são meramente "determinados" por nosso enraizamento nos diferentes contextos; nós também temos a habilidade de criar nossos constructos individuais baseados em nossos encontros pessoais com a musicoterapia e em nossas interações com outros e com seus próprios encontros únicos. O que estou propondo, então, é que as definições de musicoterapia são "co-construídas". Isto é, cada um de nós cria seus próprios constructos de musicoterapia ao assimilar e acomodar nossas experiências nisto e as experiências dos outros, enquanto passamos pelos diferentes contextos socioculturais e linguísticos que podem nos influenciar. De que outra forma podemos explicar as diferenças significativas encontradas nas definições de musicoterapia criadas por pessoas que compartilham o mesmo espaço sociocultural e a mesma linguagem?

A co-construção implica que a comparação e a integração de diferentes constructos não é apenas possível, mas também contínua – é o método que utilizamos todos os dias para criar o conhecimento individual e coletivo. Pode-se concluir que isto, na verdade, aumenta ao invés de diminuir o relativismo, já que temos assim mais definições únicas de musicoterapia. Nem tanto. Temos agora um critério embutido para avaliar todos os constructos. Se assumimos que o que sabemos é construído e mediado pela relação entre quem sabe e o que é sabido e, independentemente da musicoterapia existir de verdade ou não no mundo real, podemos comparar e avaliar nossos constructos individuais com nossas experiências diretas de musicoterapia (como enquanto se escreve este livro), podemos comparar nossos constructos individuais com os dos outros (como no grupo de desconstrução), podemos comparar os constructos dos outros com nossas próprias experiências diretas (como enquanto se escreve este livro) e podemos comparar e avaliar os constructos dos outros que compartilham conosco o mesmo espaço sociocultural ou linguagem (como no Capítulo 5).

Isto nos permite reconhecer que os constructos não são igualmente "bons" e que as infinitas variações dentro de um contexto em particular não são iguais em valor. Agora temos os meios para identificar quais são os "melhores" e então propor uma hierarquia de constructos, onde alguns submetem e são submetidos por outros baseados em seus escopos e valores relativos e onde podemos começar a ver relações de parte-todo que são integrais a todo conhecimento organizado.

O critério para avaliação não é a relação entre o que é sabido e o objeto em si (empirismo) – não estamos afirmando que constructos são melhores porque se encaixam no que a musicoterapia é, na realidade. Pelo contrário, o critério para avaliação é a intersubjetividade – estamos afirmando que constructos são melhores quando concordâncias podem ser encontradas: Entre quem sabe e seus saberes

particulares: quando eu comparo meus constructos e discursos com aquelas experiências que tenho que sustentam ou se relacionam com eles;

1) Entre aqueles que sabem: quando comparo *minhas* experiências e contextos como conhecedor com suas experiências e contextos e/ou de outras pessoas;
2) Entre saberes: quando comparo seus constructos e discursos entre si e os de outras pessoas;
3) Entre diferentes combinações de conhecedores e conhecimentos descritos acima.

O critério acima requer tanto a concordância “intersubjetiva” (entre aqueles que sabem) quanto a concordância “interobjetiva” (entre o que é sabido). Nós buscamos conhecimento não apenas comparando os conhecedores entre si como sujeitos em diferentes contextos, mas também pela comparação do que é sabido (i. e., constructos e discursos) como objetos criados por diferentes sujeitos. Desta forma, o conhecimento se torna autônomo – ele não está embutido ou determinado por sujeitos, contextos, constructos ou discursos específicos. Pelo contrário, ele transcende qualquer uma destas fontes e é independente das diferentes combinações ou agrupamentos dos que partilham da concordância.

NOTA 2B

DIFERENTES CONCEPÇÕES DA DISCIPLINA E DA PROFISSÃO

Em 2002, Stige propôs uma nova definição de musicoterapia à luz da área emergente da prática conhecida como musicoterapia comunitária. Estava incluída uma reconceptualização da "disciplina" e da "profissão" tal como apresentada anteriormente pelo autor (BRUSCIA, 1998a). Esta nota apresenta as duas conceptualizações.

Stige (2002) propôs que a "musicoterapia como uma disciplina é o estudo e aprendizagem do relacionamento entre música e saúde" (p. 198), o que torna a musicoterapia uma disciplina muito mais ampla do que como a atual definição a descreve (uma área específica da prática combinando música e terapia). Sua definição da prática profissional é também mais ampliada do que a atual. "A musicoterapia como prática profissional é a musicalização da saúde situada em um processo planejado de colaboração entre cliente e terapeuta" (STIGE, 2002, p. 200). Situada significa pertencer a um contexto sociocultural em evolução; saúde é uma qualidade da interação e uma atividade de empoderamento; e musicar é engajar em uma experiência musical como meio dialógico.

Stige inclui os seguintes subcampos na disciplina da musicoterapia:

- O relacionamento entre música e saúde: como manifestado filogeneticamente (perspectivas biológicas e evolutivas), como observado na história cultural da cura musical e da musicoterapia; e como manifestado ontogeneticamente no desenvolvimento da expectativa de vida de indivíduos na e através da música.
- Utilização não profissional e cotidiana da música com propósitos de saúde.
- Pesquisa sobre práticas profissionais de promoção de saúde através da música e sobre a prática "curativa" da musicoterapia.

Stige não inclui três componentes da disciplina considerados centrais para atual definição, enquanto esta exclui alguns componentes centrais da sua. Os três componentes principais da atual definição são:

- A *prática profissional* da musicoterapia. Isso exclui o uso profissional ou não profissional da música na promoção de saúde fora da relação cliente-terapeuta.
- A *teoria* da *prática* musicoterápica. A relação entre música e saúde como manifesta filogeneticamente, culturalmente, historicamente e ontogeneticamente é considerada aqui como campo "fundador" da teoria musicoterápica, mas não como parte da disciplina em si.
- A *pesquisa* na *prática* musicoterápica. Aqui também a pesquisa do relacionamento entre música e

saúde é considerada como “fundadora” para a pesquisa musicoterápica, mas não como parte da disciplina em si.

Existem outras diferenças. A definição de Stige expande a disciplina para incluir práticas não profissionais, ao passo que a definição atual delimita a disciplina apenas para as práticas profissionais. Sua definição lança a disciplina como primariamente acadêmica (um campo de estudo e aprendizado, teoria e pesquisa), no lugar de uma disciplina primariamente prática ou clínica.

Central para a presente conceptualização, a musicoterapia é vista como uma disciplina que tem a prática profissional no seu núcleo – seu foco é primeiramente clínico, com a teoria e a pesquisa como os pilares da prática. Estes três são integrais entre si. A prática profissional informa e é informada pela teoria e pesquisa, as quais por sua vez informam e são informadas pela prática profissional. Elas também devem ser balanceadas. A prática não pode suplantar a teoria e a pesquisa, as quais não podem dominar sobre a prática.

Dada a grande expansão que Stige delineia para as fronteiras da disciplina, sua definição da prática profissional é também maior que a atual. “A musicoterapia como prática profissional é a musicalização[18] da saúde situada em um processo planejado de colaboração entre cliente e terapeuta” (STIGE, 2002, p.200). Para entender o que está incluído nesta definição, Stige faz uma distinção entre “práticas curativas” (musicoterapia clínica) e práticas de cuidado, prevenção, habilitação e reabilitação. Ele continua e afirma que não considera as “práticas curativas como a forma ‘mais pura’ de musicoterapia ou como o principal exemplar representante da disciplina e da profissão” (p.203). Em seguida, faz distinções na prática quando sua meta é “a promoção de saúde, a cura de algum transtorno ou a elevação da qualidade de vida” (p. 204). É importante notar que na concepção de Stige, teoria e pesquisa não aparecem como parte integral da prática profissional como na definição atual. Outra diferença interessante é que o autor subordina a prática sob a disciplina em vez da profissão, e que os limites da profissão não se sobrepõe aos da disciplina.

Por fim, uma comparação entre as ideias de Stige e as deste autor sugerem que Stige prefere expandir ou mesmo suspender as fronteiras e os limites impostos pela presente conceptualização.

NOTA 5

INTERVENÇÃO – DESCONSTRUÍDO

No livro de 1998, defini intervenção como segue:

> Intervir é agir sobre alguém ou alguma coisa de forma a mudar a situação existente e desta forma alterar o curso dos eventos. Isso implica que determinada condição já exista e que alguma coisa está sendo feita para diminuí-la ou remediá-la de forma que os resultados antecipados sejam modificados de alguma forma. Quando entendida nos termos de suas raízes latinas, intervir é entrar entre diferentes forças operando sobre uma particular circunstância de forma a afetá-la de algum jeito. Assim, em termos terapêuticos, intervir é se colocar entre ou mitigar forças na vida do cliente que estão afetando sua saúde. (BRUSCIA, 1998a, p. 37)

Definir musicoterapia como um processo de "intervenção" e definir intervenção como fiz foi desagradável para muitos participantes do grupo de desconstrução. Um participante sentiu que o termo era mais militar do que terapêutico, implicando assim que o processo musicoterápico fosse projetado para de alguma forma usar a "força" para mudar o cliente, conforme a intenção do musicoterapeuta. Isto por sua vez sugere uma hierarquia e um diferencial de poder opressivo para o cliente. Enquanto estas implicações certamente não eram minha intenção com a escolha das palavras, entendi completamente e concordei com as objeções, especialmente quando percebi que a definição de 1998 na verdade incluía a palavra "força".

Outra objeção foi a de que, como definido, "intervenção" implicava o terapeuta colocar a si mesmo e seus esforços entre o problema e o cliente. Isso implica em o terapeuta servir como um para-choque ou protetor para o cliente e, por manter o cliente longe do problema, o terapeuta acaba sendo quem, na verdade, luta e resolve o problema em nome do, ou ao invés do cliente. Embora eu possa concordar com essas objeções em certa medida, a questão principal para mim era, existem situações clínicas onde o terapeuta é de fato chamado a intervir, proteger e agir em nome do cliente? Obviamente, existem – o termo "intervenção" é bem apropriado para certas áreas da prática musicoterápica, e é frequentemente usado apropriadamente para descrever o que a musicoterapia faz. Claramente, entretanto, o termo não se aplicava para certas áreas ou orientações da prática de interesse especial para meus colegas.

Conforme o diálogo mudou para outros tópicos, fui deixado com duas preocupações principais sobre o uso de intervenção. Primeira, o termo carrega muitas conotações indesejáveis apesar de involuntárias de poder, hierarquia e passividade do cliente. Segunda, embora seja apropriada para certas áreas da prática, não é apropriada para outras. Assim, usar o termo seria excludente.

Então... para fora com a palavra “intervenção”.

NOTA 6A

SISTEMÁTICO – DESCONSTRUÍDO

Descrever o processo da musicoterapia como “sistemático” foi problemático para alguns participantes do grupo de desconstrução por que isso implica em certa rigidez ou inflexibilidade que não caracterizam certas áreas da prática ou realidades de trabalho com clientes imprevisíveis, ou em situações e arredores caóticos. Para eles, sistemático implica que o terapeuta sempre saiba o que vai e deve acontecer a cada momento e está sempre com o completo controle dos clientes, da experiência musical e da direção e estrutura da sessão. A palavra foi associada a termos tais como rígido, estreito e preciso. Alguns colegas sentiram que sistemático parecia mais apropriado para orientações da prática biomédica ou comportamental.

A definição de 1998 definiu sistemático como “metódico, propositivo, temporalmente organizado, baseado em conhecimento e regulado”. Meus colegas apontaram que é praticamente impossível atender a todos esses critérios em cada situação. Por qualquer variedade de boas razões, um terapeuta pode ser capaz apenas de ser propositivo e baseado em conhecimento, mas não metódico ou temporalmente organizado – ou vice e versa: em algumas situações, um terapeuta pode ser metódico, temporalmente organizado e mesmo propositivo, mas não ter nenhuma pista de para onde o método levará o cliente ou a sessão. Colocado de outra forma, na realidade, as sessões de musicoterapia são algumas vezes fragmentadas ou desorganizadas, mas ainda assim orientadas a uma meta; os clientes podem ignorar ou interferir em qualquer estrutura que o terapeuta tente dar à sessão, e algumas experiências musicais são por si mesmas apenas frouxamente organizadas e assim abertas à surpresa e à mudança.

Em forte contraste, alguns participantes sentiram que era necessário transmitir o cuidado e a intencionalidade utilizados pelos musicoterapeutas no desenvolvimento de seu plano de tratamento. Além disso, dado que tanto a música quanto a terapia são muito espontâneas, criativas e intuitivas por natureza, um desafio para a prática musicoterápica é reconciliar estas qualidades com ser sistemático de alguma maneira.

Minha primeira resposta à discussão foi eliminar o adjetivo completamente e deixar “processo” por si só. Minha preferência, entretanto, era encontrar outro adjetivo que poderia de alguma forma abarcar todas as ideias propostas.

Uma consideração importante foi esclarecer quais processos precisavam ser descritos mais completamente por este adjetivo. E não era nem o processo do cliente nem o “processo da música”. Assim, seu propósito deveria ser descrever o processo do terapeuta e, em particular, as funções e responsabilidades do terapeuta neste processo. Então perguntei a mim mesmo: Como deve ser o processo quando o terapeuta trabalha com seu cliente de maneira efetiva e ética?

Minha própria resposta imediata foi “autoconsciente”, e a primeira palavra que veio à mente foi “autoreflexivo”. Meus colegas concordaram entusiasticamente, mas propuseram tirar o “auto” e usar

apenas “reflexivo”. Tirar o “auto” implica que o terapeuta não deve apenas ser autoconsciente, mas também consciente do cliente assim como de todos os aspectos do processo terapêutico. Este nível de autoconsciência vai além das noções tradicionais de contratransferência, congruência e autenticidade do terapeuta; além disso, “reflexivo” não é um termo amarrado a nenhuma orientação teórica como os outros são. Adicionalmente, “reflexivo” é um termo comumente usado para descrever um pesquisador responsável e ético, e serve como um verdadeiro critério para garantir a integridade da própria pesquisa.

Para mim, este termo destaca a necessidade dos musicoterapeutas de continuamente auto-monitorar as implicações teóricas, empíricas, práticas e éticas de seus trabalhos com os clientes. Para ser sistemático *apropriadamente*, deve-se ser reflexivo sobre todos os aspectos do processo terapêutico. Então, minha ideia foi que “reflexivo” é mais inclusivo (e exigente) do que sistemático, e ainda indica mais enfaticamente as coisas mais importantes que um musicoterapeuta deve monitorar em seu trabalho.

NOTA 6B

AS FALÁCIAS DO HOLISMO

Um perigo traiçoeiro para os terapeutas é a falácia do holismo – que o terapeuta está atendendo a maioria das necessidades do cliente ou que a terapia beneficia o cliente como um todo. Ser holístico é um ideal que é impossível de cumprir totalmente. Os terapeutas simplesmente não têm a habilidade para entender todas as necessidades terapêuticas dos clientes e seus remédios em potencial. Certamente podemos nos empenhar para conceber pessoas em sua completude e o mais compreensivamente possível, mas logo que presumimos o sucesso, que de fato tomamos conta de tudo que a pessoa precisa, corremos o risco da inautenticidade – com toda probabilidade, não entendemos nem atendemos tudo o que pensamos ter feito. Por exemplo, uma sessão ativa de musicoterapia não pode de fato atender as necessidades físicas, psicológicas, interpessoais, socioculturais e ambientais do cliente – mesmo tendo uma atividade separada para cada uma. Uma coisa é abordar estas demandas e outra é atendê-las completamente. Um terapeuta deve ser realista e honesto sobre o que a musicoterapia pode e não pode fazer pelo cliente; de outra forma, ele se arrisca em ser antiético.

Outro problema em tentar ser holístico é que isso dispersa e fragmenta o foco e os esforços tanto do cliente como do terapeuta e, portanto, ameaça a efetividade da terapia. De fato, o pensamento holístico é um tanto antiético para formular metas claras e alcançáveis e então realizá-las. Ao tentar alcançar metas tão diversas, existe o perigo de nenhuma delas ser atendida de maneira satisfatória. Assim, a autenticidade é mais facilmente alcançada quando as metas da terapia são suficientemente focadas e delimitadas para atender as necessidades do cliente que são prioritárias e que são alcançáveis tanto pelo cliente quanto pelo terapeuta e pelo processo terapêutico.

Outra solução para a enganação holística é fazer distinções claras entre os benefícios diretos e indiretos da terapia e limitar suas metas apenas para os que sejam diretos.

A autenticidade da meta, então, requer que o terapeuta avalie continuamente se as metas adotadas podem ser alcançadas em um grau suficiente, ao mesmo tempo em que atende às necessidades dentro de limites razoáveis. De uma perspectiva ética, isto significa que o terapeuta não está fazendo reinvindicações exageradas sobre os potenciais benefícios e o escopo da terapia.

NOTA 6C

NÃO-DIRETIVIDADE – UMA ILUSÃO

A própria palavra “diretividade” carrega conotações que não são razoáveis. A principal assunção, especialmente entre terapeutas, é que quando alguém é diretivo, uma hierarquia se estabelece e que a pessoa diretiva está exercendo poder sobre a pessoa sendo dirigida. Isto não é apenas falacioso, mas também leva a uma forma perigosa de inautenticidade.

É literalmente impossível ser completamente não-diretivo, seja como terapeuta seja como ser humano vivo que interage com outros. Em alguma medida, toda interação é diretiva de alguma maneira, porque cada pessoa está impingindo ou influenciando a outra de forma mútua. Chamamos a isso interação porque as ações de duas pessoas estão entrelaçadas e são interdependentes – as ações são influentes ou diretivas de alguma forma. Se isto não fosse verdade, a resposta de cada um não seria “responsiva” para o outro, e ninguém faria sentido para ninguém. Uma interação de verdade não é nem aparentada com a brincadeira “paralela” das crianças que jogam o mesmo jogo, mas independentes uma das outras.

Assim, o terapeuta reivindicar que ele ou ela é completamente nãodiretivo é algo inautêntico, pois é certa a existência de áreas de trabalho onde ele ou ela não saberiam como ou quando ser diretivos. Isto é particularmente universal em terapias experimentais e especialmente na musicoterapia, onde o cliente e o terapeuta fazem música juntos. De fato, o que sabemos sobre interação musical enquanto musicoterapeutas fornece grande insight sobre a natureza da diretividade e o quão sutil ela pode ser. A coisa de principal importância é que devemos sempre ouvir como o outro toca ou como a música que um toca afeta o outro e como a música é uma vazante contínua que flui do ouvir ao reagir, do liderar ao seguir. E quanto mais difícil fica reconhecer quem lidera e quem segue, mais nos aproximamos do exemplo perfeito do fazer musical dirigido conjuntamente (ou interativo). O grande insight aqui é que tanto o cliente quanto o terapeuta dirigem e são dirigidos. Estamos agora prontos para definir diretividade.

A diretividade em uma sessão individual depende da medida na qual o terapeuta toma toda, parte, ou nenhuma responsabilidade pelos diferentes aspectos do processo terapêutico e consequentemente dá ao cliente toda, parte ou nenhuma responsabilidade. Os principais aspectos da terapia individual a se considerar são:

- Quem define as metas: terapeuta, cliente ou ambos?
- Quem dirige a música: terapeuta, cliente ou ambos?
- Quem dirige a sessão: terapeuta, cliente ou ambos?
- Quem determina as evidências da transformação no cliente: terapeuta, cliente ou ambos?

Em trabalhos grupais, muitos outros aspectos devem ser considerados:

- Quem define as regras básicas de participação?
- Quem estabelece metas, pauta ou temas para uma sessão?
- Quem determina as atividades, as mídias ou materiais para o grupo?
- Quem organiza a interação ou atribui funções e relações?
- Quem lidera a experiência musical?
- Quem lidera a discussão verbal?
- Quem mantém o grupo dentro da tarefa ou do tópico?
- Quem garante que a comunicação seja clara?
- Quem fornece instruções ou modelos?
- Quem fornece suporte emocional?
- Quem dá *feedback* ou interpreta?
- Quem inicia a resolução de problemas?

NOTA 8A

AJUDA – DESCONSTRUÍDO

Na definição de 1998 para “ajuda”, o terapeuta foi identificado como uma pessoa na relação que oferece sua expertise e seus serviços para ajudar o cliente com preocupações com sua saúde. Esta relação entre quem ajuda e quem é ajudado era contratual e não recíproca. A natureza da ajuda foi descrita desta forma:

> (...) a música e o terapeuta combinam seus recursos para fornecer aos clientes oportunidades de receber empatia, compreensão, validação e reparação; de autoexpressão verbal e não verbal, interação e comunicação; de *feedback* sobre si mesmos e sobre os insights em suas vidas; de motivação e autotransformação; e de assistência direta e intervenção (p. 21)

Surpreendentemente, apesar desta elaboração sobre o significado de ajuda, o mero uso da palavra como um traço definidor da relação cliente-terapeuta detonou a controvérsia entre os participantes do grupo de desconstrução. De fato, de todas as partes da definição de 1998, este foi o termo mais intensamente debatido. Uma explicação se segue.

Terapia é Mais do que Ajuda

Muitos participantes sugeriram que “ajuda” fosse substituído ou por “colaboração” ou por “trabalhar junto”. Mais uma vez, o propósito foi evitar retratar o cliente como impotente ou beneficiário passivo dos esforços do terapeuta. Por outro lado, foi rapidamente apontado que alguns clientes não têm a consciência, intencionalidade ou habilidade para colaborar ou trabalhar junto do terapeuta pelas metas terapêuticas. Assim, estes termos não refletiam ou incluíam partes importantes da prática.

Os participantes também sugeriram que terapia não é apenas sobre ajudar, mas também guiar, testemunhar, sofrer com, valorar e – mais importante – se preocupar com o cliente. Houve pouca discussão aqui.

Como resultado desta discussão, decidi expandir minha descrição de ajuda de forma a incluir ou melhor realçar estas sugestões, isto é, se eu decidisse por manter ajuda na definição, por fim.

Conotações Problemáticas

Mais uma vez, meus colegas desaprovaram as conotações de hierarquia. A principal objeção foi que "ajuda" implica em uma desigualdade entre terapeuta e cliente no que diz respeito à competência, expertise, conhecimento e poder. Argumentei que mesmo se a ajuda é construída como um empreendimento hierárquico, não se pode generalizar que todas as formas de ajuda coloquem quem ajuda como mais competente, especializado ou mais conhecedor do que a pessoa sendo ajudada. Crianças ajudam os pais, alunos ajudam professores, amigos ajudam amigos e mesmo clientes e pacientes ajudam terapeutas.

Uma discussão muito esclarecedora se seguiu sobre as qualidades ou habilidades que diferenciam terapeutas de clientes dentro de uma relação terapêutica. O acordo foi alcançado em dois pontos. Primeiro, uma relação de ajuda não necessariamente implica que quem ajuda tenha mais competência, expertise ou conhecimento do que a pessoa sendo ajudada. Mais frequentemente, o par possui *diferentes* qualidades ou habilidades que se complementam no empreendimento coletivo. Assim, um terapeuta pode "ajudar" um cliente porque o terapeuta e o cliente têm diferentes competências e diferentes áreas de expertise, e sabem a respeito de coisas diferentes. Enquanto indivíduos, eles ainda têm forças, fraquezas, recursos e desafios diferentes. Em uma relação terapêutica, terapeuta e cliente são complementares no que sabem e no que podem fazer, e quando esta complementariedade é posta em seu lugar, a meta da terapia, seja formulada pelo cliente ou pelo terapeuta, pode ser realizada de uma maneira sinérgica.

Por último, existe uma diferença entre ter poder *sobre* alguém ou algo e ter poder *para fazer* algo para si mesmo ou para outra pessoa (SPRAGUE & HAYES, 2000). Esta é uma distinção extremamente importante no entendimento dos respectivos direitos e deveres do cliente e do terapeuta. Um terapeuta ético não exerce poder sobre o cliente a não ser que se trate de uma questão de segurança, e nem o terapeuta tem o poder de fazer o cliente mudar ou fazer algo considerado terapêutico. Ao invés disso, o terapeuta tem o poder de ajudar o cliente a fazer o que o cliente tem o poder de fazer. Reciprocamente, o cliente não tem poder sobre o terapeuta, mas o tem sobre diferentes aspectos da sua vida, tal como o de fazer muitas coisas para melhorar sua vida. Ver a Nota 8B para uma discussão mais detalhada de questões de poder inerentes à relação cliente-terapeuta.

NOTA 8B

O PAPEL DO PODER NA TERAPIA

Poder é algo ubíquo e necessário; sem ele, não alcançamos nada. Ainda assim, o poder pode ser entendido e aplicado tanto de formas positivas quanto de formas negativas – para aprimorar ou para abusar, para libertar ou para oprimir.

Tomando a visada essencialmente negativa, feministas e pensadores pós-modernos se focaram nos males em potencial do poder – quando inconscientemente impregnado em um indivíduo ou quando insidiosamente incorporado em uma estrutura sociocultural. Em contraste, pensadores existenciais reconheceram os potenciais positivos do poder. Eles examinam como os indivíduos utilizam o poder e o livre arbítrio para aprimorar seu bem-estar nos mundos físico, psicológico e social.

Enquanto muitos dos participantes no grupo de desconstrução compartilhavam da preocupação feminista ou pós-moderna sobre o potencial abusivo do poder, e particularmente dentro de uma relação terapêutica, parecia lógico contrapor essas preocupações com uma consideração mais balanceada de poder, como antecipada pelos existencialistas.

O propósito principal desta nota, então, é mostrar como a “autenticidade” (a meta da terapia existencial) pode esclarecer e aprimorar o “empoderamento” (a meta do feminismo e de outros pensadores pósmodernos).

Autenticidade

Um conceito central no pensamento existencial é a autenticidade. O termo é usado amplamente para descrever a condição primária para haver saúde e bem-estar, e como tal, é a meta mais importante de todas as formas de terapia existencial. A autenticidade envolve reconhecer os poderes e liberdades que se tem ou não, e então assumir a responsabilidade de agir de forma consistente a esses poderes e liberdades. Respectivamente, a inautenticidade (ou “má fé”) envolve acreditar que alguém tem poderes e liberdades que na verdade não tem, ou que não tem os poderes e liberdades que na verdade tem e, assim, ou não assumir a responsabilidade de agir de acordo ou não agir de forma consistente com os poderes e liberdades que se tem.

Finalmente, a autenticidade depende de uma distinção importante feita por Sprague e Hayes (2000), e depois aplicada por Rolvsjord (2002) entre ter “poder sobre” algo e ter o “poder para” fazer algo. Isso ficará mais claro na próxima seção.

A Autenticidade do Empoderamento

Uma relação cliente-terapeuta saudável requer uma luta contínua pela autenticidade, tanto do terapeuta quanto do cliente, em relação tanto a si mesmo quanto aos outros e particularmente às questões acerca do poder e da liberdade. Os cinco axiomas seguintes são mais suscetíveis de garantir que ambos terapeuta e cliente permaneçam autênticos durante a empreitada terapêutica.

(1) Todos os clientes, assim como todos os seres humanos, têm "poder sobre" algumas de suas próprias necessidades de saúde, mas não necessariamente sobre todas elas.

É inautêntico para terapeutas e/ou clientes supor que os clientes são impotentes frente à sua própria saúde e, portanto, precisam ser empoderados pelo terapeuta ou processo terapêutico para obter esse poder. De forma semelhante, é inautêntico para terapeutas e clientes assumirem que o cliente tem o poder sobre certa condição de saúde quando na verdade não tem.

Uma prioridade, tanto para o terapeuta quanto para o cliente, é, então, identificar quais as necessidades de saúde estão ao alcance do poder do cliente e quais não estão. Consequentemente, a meta da terapia pode ser "ajudar" o cliente a identificar e tomar para si o poder sobre sua saúde que ele já tem, ou pode ser "ajudar" o cliente a tomar conhecimento e vir a enfrentar aquelas questões de sua saúde que ainda não estão ao seu alcance. Assim, o empoderamento nem sempre é uma meta relevante para a terapia.

(2) Todos os clientes têm o livre arbítrio para abordar as questões de saúde que estão sob seu poder, mas não aquelas que não estão.

É inautêntico para terapeutas e/ou clientes supor que: (a) clientes não têm livre arbítrio sobre aqueles aspectos da saúde sob seu poder quando eles têm, ou (b) que clientes têm livre arbítrio sobre aqueles aspectos de sua saúde que não estão sob seu poder.

O processo terapêutico é por si só uma busca por alternativas viáveis e preferíveis. Assim, tanto o terapeuta quanto o cliente trabalham continuamente para identificar as variadas opções que o cliente tem para lidar com sua questão de saúde, para avaliar a efetividade potencial de cada opção para lidar com cada necessidade de saúde e para assumir total responsabilidade na escolha da opção mais viável e preferível.

O cliente pode necessitar ou não da ajuda do terapeuta na realização destas tarefas do tratamento.

(3) Todos os clientes têm a responsabilidade última de abordar suas questões de saúde que estejam sob seu poder, mas não aquelas além de suas possibilidades.

É inautêntico para o terapeuta e/ou para o cliente responsabilizar o cliente pelas transformações que estão além de seus poderes, ou de não responsabilizá-los quando as transformações estão sim ao seu alcance.

O sucesso da terapia depende, por fim, do cliente se responsabilizar por realizar as

transformações necessárias para aprimorar sua saúde. Os cliente podem ou não precisar da ajuda do terapeuta para motivá-los à autotransformação e à tomada de responsabilidade por fazer ou não as transformações.

(4) Os terapeutas têm o "poder para" ajudar os clientes a lidar com certas questões de saúde, mas nem todas.

É inautêntico para terapeutas e/ou clientes assumirem que: (a) o terapeuta tem o poder para cuidar de todas as necessidades de saúde do cliente, quando ele não tem, ou (b) que o terapeuta não tem o poder para lidar com certas questões de saúde, quando ele tem.

(5) Os terapeutas têm o "poder para" motivar os clientes para cuidarem daquelas necessidades de saúde dentro de seu alcance, e mesmo para "influenciar" o cliente no processo; entretanto, os terapeutas não têm o "poder sobre" o livre arbítrio do cliente.

É inautêntico para terapeutas e/ou clientes assumirem que o terapeuta tem poder sobre o cliente no processo de promoção de saúde.

Implicações

Tanto o terapeuta quanto o cliente têm certos "poderes sobre" e certos "poderes para" promover a saúde do cliente. É inautêntico subestimar ou superestimar os poderes (recursos) de cada parte. É também inautêntico assumir que as diferenças entre os poderes de cada parte são necessariamente disparidades na "quantidade" de poder. Terapia é o processo de utilizar apropriadamente os diferentes poderes (recursos) que o cliente e o terapeuta trazem para o sucesso da promoção de saúde.

Tanto o terapeuta quanto o cliente têm o livre arbítrio para fazer o que está dentro de seu poder. Cada parte tem apenas "poder sobre" si mesmo. É inautêntico assumir que existe uma disparidade de poder hierárquica entre terapeuta e cliente e que cada um tenha poder sobre o outro.

Generalizações sobre cada uma das partes no que diz respeito ao poder e liberdade levam a inautenticidade: nenhum cliente é impotente, e nenhum é todo-poderoso; nenhum terapeuta é impotente, e nenhum é todopoderoso. Todos os cliente têm livre-arbítrio, mas não sobre todos os aspectos de sua saúde nem sobre o terapeuta; todos os terapeutas têm livrearbítrio, mas não sobre todos os aspectos de sua própria saúde nem sobre o cliente ou sua saúde.

Quando uma pessoa não tem o poder e/ou a liberdade para cuidar da própria saúde, ela pode estar precisando de um terapeuta. A "ajuda" do terapeuta pode consistir em auxiliá-lo a reconhecer e a assumir a responsabilidade por seu próprio poder ou falta de poder, enquanto também o ajuda no exercício de seu livre-arbítrio sobre aqueles aspectos de sua saúde que estão ao seu alcance.

As premissas acima sobre autenticidade no que diz respeito ao poder também se aplicam à ajuda. Brevemente, é inautêntico supor que o terapeuta está ajudando o cliente quando ele não está, e igualmente inautêntico supor que não está ajudando um cliente quando, na realidade, está.

NOTA 8C

AJUDA E HIERARQUIA EM TERAPIA

Hierarquias foram utilizadas ao longo da história como um veículo e justificativa para a opressão. Muito frequentemente, as pessoas nos degraus superiores da hierarquia armazenaram mais poder, riquezas ou status do que aqueles de baixo e então usaram suas vantagens para oprimir, controlar ou desvalorizar aqueles nos degraus debaixo. Não há discussão aqui. A hierarquia pode, foi e continua a ser usada para tais propósitos.

Uma das objeções contra incluir "ajuda" na definição de musicoterapia é que este termo implica uma relação hierárquica entre terapeuta e cliente que pode facilmente tornar-se opressiva para este último. Se for assim, então a definição da relação cliente-terapeuta como essencialmente uma de ajuda, como feito na definição de 1998 é equivocada, e a frase "terapeuta ajuda cliente" deve ser apagada ou reescrita.

O propósito desta nota é examinar a lógica da associação automática de ajuda com opressão hierárquica. Realizaremos isso oferecendo dois argumentos principais: (1) hierarquias são inevitáveis, e (2) nem todas as hierarquias são opressivas.

A Hierarquia é Uma Ordem Natural

Wilber (1996) afirma que toda a realidade é composta de relacionamentos hierárquicos entre partes-todos, organizados tanto horizontalmente (através de associação) como verticalmente (através de classificação). "Uma hierarquia natural é simplesmente uma ordem de totalidades crescentes, tais como partículas de átomos para organismos celulares ou letras para palavras, sentenças e parágrafos. O todo de um nível torna-se parte de um todo do próximo nível" (p.28). Assim, nesta hierarquia (ou o que Wilber chama de holarquia), cada parte é em si um todo e simultaneamente parte de outro todo – uma estrutura que forma a própria base para o "holismo".

Muitos feministas e eco-filósofos contestam a *classificação* ou o aspecto vertical da holarquia e propõe que o mesmo seja substituído por uma visão de mundo *associativa* ou horizontal. Wilber argumenta que é impossível evitar hierarquia e que a sua visão daqueles é hierárquica – eles estão "classificando" visões de mundo ao declarar que a associação (relacionamentos horizontais) é *melhor* do que classificação (relacionamentos verticais). Ao fazê-lo, eles negam que sua própria visão de mundo seja hierárquica.

Estruturada na observação de Wilber, toda classificação que declare que uma forma de ser ou de se relacionar é melhor que outra é essencialmente hierárquica. Assim, o conceito de saúde por si é hierárquico – é baseado na noção de que tornar-se "completo", "bem" ou "resiliente" ou ter mais

possibilidade é melhor do que estar incompleto, mal ou suscetível. De fato, a própria ideia de promover saúde é assumir que existe uma alternativa para a condição de saúde atual de alguém (seja como esta for definida) e que esta alternativa é preferível. Se determinado status é preferível (ou se lhe é dado mais valor do que a outro) e se esforços são feitos para atingir um status mais elevado, promover a saúde é subir uma hierarquia que envolve a classificação de um nível como mais alto que outro.

Isto, por sua vez, sugere que a terapia também é hierárquica. O cliente presumivelmente vai à terapia para alcançar melhores condições de saúde – para mover a si mesmo ou a seu estado de saúde para "cima" dentro da holarquia (o que Wilber chama de autotranscedência) e o terapeuta concorda em participar de alguma forma no processo do cliente subir na hierarquia da saúde. De fato, a terapia pode ser definida com o cliente e o terapeuta identificando e implementando "alternativas preferenciais" para a saúde do primeiro. Como as alternativas preferíveis são presumivelmente melhores do que as outras, a terapia inevitavelmente envolve a ascensão dentro de uma hierarquia ou holarquia.

Admitidamente, existem algumas formas nas quais um terapeuta pode trabalhar com clientes que são mais hierárquicas que outras; entretanto, muito depende do cliente. Olhemos as três principais formas de trabalho: (1) ajudar o cliente, (2) empoderar o cliente ou (3) dar testemunho ao cliente.

Ajudar o cliente em terapia é inevitavelmente hierárquico em algum grau, e particularmente com clientes que são mais vulneráveis. Ao assumir o papel de ajudar, o cliente precisa ou está procurando aprimorar sua saúde, o terapeuta concorda que o cliente deve buscar estas metas, e o terapeuta assume que ele tem os recursos ou habilidades necessárias para ajudar o cliente a alcançar tais condições de saúde. O terapeuta é que ajuda, e o cliente é que é ajudado. O terapeuta tem os recursos necessários para ajudar o cliente e o cliente tem os recursos para ajudar a si mesmo com a ajuda do terapeuta. É claro, com clientes altamente vulneráveis, tais como aqueles incapazes de responder cognitivamente, emocionalmente ou fisicamente, o terapeuta deve assumir um papel de ajuda mais ativa do que com aqueles menos vulneráveis ou capazes de autodeterminação. Mas o terapeuta está ainda no papel de quem ajuda, o que pode ser considerado algum grau de hierarquia.

Empoderar o cliente na terapia é igualmente hierárquico. Ao tomar o papel de empoderar, com o cliente necessitando ou buscando aprimorar sua saúde, o terapeuta concorda que o cliente deve buscar estas metas e faz duas suposições: (1) que o cliente necessita de poder para alcançá-las e (2) que o terapeuta ou o processo terapêutico tem o "poder" de empoderar o cliente. Afirmar que o cliente precisa ser empoderado não é menos hierárquico do que afirmar que ele precisa de ajuda. A principal diferença é que a ajuda pode envolver todo tipo de assistência e suporte (até mesmo empoderamento), ao passo que o empoderamento é mais estritamente descrito como função do terapeuta. Em que medida o poder é o antídoto ou solução para a maioria dos dilemas da vida? De certo modo, a meta do "empoderamento" parece tanto presumível quanto reducionista, se comparada com a ajuda.

A terceira opção, "dar testemunho ao cliente", é a menos hierárquica. Ela implica que o cliente não precisa de ajuda ou de empoderamento no processo de otimizar sua saúde e que o terapeuta precisa apenas oferecer sua presença e suporte atento enquanto o cliente resolve o resto. Esta função é mais "horizontal" e igualitária por natureza. Esta opção pode tomar duas direções bem diferentes. Ela pode levar a uma relação cliente-terapeuta de respeito mútuo onde o cliente quer e precisa da expertise do terapeuta para auxiliar sua elaboração, ou pode levar a um tipo de relacionamento pessoal, muito parecido com aquele que se tem com um amigo que se senta ao seu lado durante tempos difíceis, mas que cuida da própria vida. Dar testemunho dentro de uma relação profissional é a única opção viável ao considerarmos o espectro total dos clientes servidos pela musicoterapia. A maioria dos clientes precisa de mais do que um amigo, e, quando precisam, a questão mais pertinente é por que eles deveriam contratar ou pagar um terapeuta profissional para ser este amigo.

Nem Todas as Hierarquias são Opressivas

Mesmo quando a ajuda do terapeuta é hierárquica em algum grau, isso não significa que o terapeuta, sendo quem ajuda, está no topo da hierarquia, e que o cliente, sendo a pessoa que recebe a ajuda está na base desta hierarquia, ou ainda que a hierarquia criada seja inerentemente opressiva. Pais ajudam filhos, mas filhos também ajudam os pais; professores ajudam alunos, mas alunos também ajudam professores; empregadores ajudam empregados, mas empregados também ajudam empregadores. Assim, não se pode assumir que a disparidade (ou hierarquia) entre quem ajuda e quem é ajudado pode sempre ser descrita como potencialmente opressiva para a pessoa sendo ajudada. Ajudar alguém nem sempre é opressivo, e ser ajudado não é necessariamente ser oprimido. Quem ajuda tem certas necessidades e recursos, a pessoa ajudada tem certas necessidades e recursos, e quando eles trabalham juntos, não se trata de uma pessoa sendo melhor ou mais poderosa do que a outra.

Obviamente, então, existem muitos tipos diferentes de hierarquia, e eles podem ser utilizados com propósitos muito diferentes e de muitas formas diferentes. Por exemplo, pais e filhos estão em uma relação hierárquica, e esta hierarquia torna possível para os pais proteger, nutrir e cuidar de seus filhos. Nos termos da presente discussão, os pais podem ajudar e empoderar seus filhos para que cresçam e se realizem. Indo além, as hierarquias entre pai e filho, professor e estudante e terapeuta e cliente são todas, essencialmente, de cuidado por natureza – alguém procura o bem de outro ou o ajuda a seguir com sua vida.

É claro, isso não é dizer que pais, professores ou terapeutas não podem usar esta hierarquia para propósitos nocivos ou abusivos. Como colocado anteriormente, as hierarquias fornecem oportunidades para pessoas oprimirem outras. A questão principal aqui é que as pessoas usam hierarquias tanto de forma positiva quanto negativa. Assim, não podemos concluir que *todas* as hierarquias são intrinsecamente opressivas ou negativas.

Isto leva à questão final sobre hierarquias. Alguns desconstrucionistas apontaram que hierarquia e poder residem não apenas nas pessoas, mas também nos discursos, instituições, governos e práticas. Certamente, estas “coisas” podem e exercem considerável poder sobre o indivíduo e a sociedade, e, comparadas às pessoas, estas estruturas têm consideravelmente mais poder e, portanto, marcadamente um maior potencial para opressão. Por outro lado, existe um perigo real na sobre-objetificação e despersonalização do poder. Pessoas são parte integral de todo discurso, governo, instituição e prática. De fato, as pessoas são as únicas partes destas “coisas” que têm intencionalidade e livre arbítrio. Discursos não escolhem exercer poder sobre pessoas; pelo contrário, pessoas escolhem exercer qualquer poder que tenham através de seus próprios discursos, ou escolhem utilizar o discurso para exercer poder sobre algum outro. Se nós materializarmos estas fontes de poder completamente, nós caímos em outra forma de determinismo, tão “poderoso” quanto o do positivismo.

De Onde vêm tais Conotações?

Depois que eu lidei com as preocupações dos participantes do grupo de desconstrução, senti a necessidade de adotar uma meta-perspectiva da discussão como um todo: Por que a hierarquia é entendida tão negativamente? Não existem áreas da prática musicoterápica onde alguma forma de hierarquia é de algum valor? Por que a relação cliente-terapeuta deve ser sempre igualitária? Começei a perceber que novamente alguns de meus colegas não consideraram todas as áreas da prática

musicoterápica em suas deliberações. De fato, áreas inteiras foram excluídas porque, por necessidade, elas são mais hierarquizadas do que igualitárias em suas abordagens. Começei a sentir um verdadeiro racha "direita-esquerda" entre a visão atual da musicoterapia e uma nova visão, e entre os "conservadores" que defenderam a visão tradicional da relação terapeuta-cliente e os "liberais" que defendiam uma visão mais revolucionária e igualitária. Teoricamente, parece que na raiz desta divisão estavam diferenças de opinião quanto à musicoterapia ser uma ciência, uma arte ou uma humanidade.

Isto me ajudou a entender que a discussão era essencialmente uma argumentação ou negociação sobre o que cada participante pensava que a musicoterapia "devia ser". Isto me levou a me perguntar questões ainda mais meta-reflexivas. Que aspectos de nossa identidade estamos com medo de perder ou distorcer? E por quê? Por que devemos entender a nós mesmos e/ou sermos entendidos por outros como colaboradores ao invés de ajudadores, igualitários ao invés de hierárquicos, e menos ao invés de mais poderosos na relação terapeuta-cliente? Quando a profissão inteira é considerada, é óbvio que alguns musicoterapeutas precisam entender a si mesmos e ser entendidos em uma dessas polaridades, enquanto outros o são na ponta oposta. Assim, se a definição de 2014 quer fornecer um guardachuva para todas as áreas da prática musicoterápica, eu devo adotar uma visão mais central.

Considerando a veemência demonstrada pelos participantes na discussão, começei a pensar se a "necessidade" de definir a musicoterapia de uma forma particular refletiu uma necessidade profissional, política ou pessoal do definidor (i. e., dos participantes). Por que os colaboradores e igualitaristas precisam pensar que eles não estão em uma relação de ajuda que tem traços de hierarquia? Por que os ajudadores precisam acreditar que estão ajudando ao invés de apenas colaborar? Seria porque determinada abordagem é mais efetiva do que outra? Ou é porque eles acreditam que uma ordem social é melhor do que outra? Em uma nota mais pessoal, seria porque os colaboradores têm problemas com autoridade e os ajudadores têm necessidade de controle ou de ter autoridade sobre outros?

Atribuir estas diferentes percepções de igualdade e desigualdade na relação terapeuta-cliente às diferentes necessidades dos terapeutas libertou o discurso em minha cabeça. De um ponto de vista prático, a questão não era determinar se uma concepção de terapia leva a uma falsa igualdade ou desigualdade entre cliente e terapeuta mais do que outra; ao invés disso, a questão era se o indivíduo terapeuta tem percepções acuradas ou realísticas do cliente e de sua necessidade de terapia. Podem tais percepções de fato serem atribuídas às formas limitadas ou habituais que cada terapeuta tem para apreender o cliente como um ser integral?

Se questões de igualdade e poder são perceptuais por natureza, isto é, se tais percepções do cliente são uma função da orientação profissional e das necessidade psicológicas pessoais do terapeuta, então a melhor forma de controlar sua precisão ou adequação é ser o terapeuta "reflexivo" sobre o processo terapêutico e todos os seus participantes e componentes. O terapeuta deve estar ciente daquelas abordagens à terapia que se baseiam numa relação terapeuta-cliente igualitária ou hierárquica e, então, usar a abordagem que mais efetivamente cuide das necessidades clínicas do cliente assim como a adaptabilidade do cliente a cada tipo de relação.

Por fim, cheguei ao maior entendimento de que a musicoterapia é praticada tanto de maneira hierárquica quanto igualitária, dependendo da necessidade do cliente, do setting, da orientação terapêutica e das necessidades do terapeuta. Assim, o desafio para mim de repensar a definição foi decidir se "ajudar" era ainda o componente mais essencial da relação terapeuta-cliente e se ela se encaixava nas duas perspectivas melhor do que "trabalhar em conjunto". Decidi por manter "ajudar" na definição e por definir o termo mais compreensivamente no texto de forma a diminuir as conotações negativas que meus colegas apontaram. Ver a Nota 8B para maiores discussões sobre o relacionamento entre ajuda e hierarquia.

NOTA 9

CLIENTE – DESCONSTRUÍDO

Na minha definição de 1998, o cliente foi definido como:

> (...) qualquer indivíduo, grupo, comunidade ou ambiente que precise ou busque ajuda de outra pessoa devido a uma ameaça real, imaginária ou potencial à sua saúde, seja ela física, emocional, mental, comportamental, social ou espiritual em sua natureza. Uma ameaça à saúde pode ser leve, moderada ou severa, ou pode se manifestar como uma "necessidade", "preocupação" ou "objetivo" relacionado à saúde. A pessoa pode inclusive estar essencialmente bem, mas ainda precisa de ajuda para a prevenção contra problemas de saúde que possam aparecer. (p. 75)

Ameaça à Saúde

Participantes do grupo de desconstrução puseram objeções a essa definição por que uma "ameaça" à saúde conota e promove um viés patológico em nossa visão dos pacientes e coloca a musicoterapia como um serviço essencialmente orientado ao problema. Embora a musicoterapia seja, muitas vezes, utilizada com clientes que têm doenças, deficiências ou inadaptações médicas ou psiquiátricas, ela também é usada para aprimorar o crescimento, o bem-estar, a qualidade de vida e a espiritualidade – nenhum dos quais precisa estar associado com patologias de qualquer tipo. Não houve discussão neste ponto, que a definição de cliente em termos de ameaça à saúde exclui muitas áreas da musicoterapia, e, portanto deveria ser eliminada.

Outra implicação foi que a idéia do cliente ter ameaças à sua saúde sugeriu uma definição patogênica de saúde, ao invés de uma salutogênica, como ao menos afirmava a definição de então. Assim, o termo "ameaça" devia ser eliminado, pois era contraditório com outras partes da definição.

Concordo com ambas as preocupações quanto ao uso de "ameaça à saúde" como um critério essencial ou exclusivo para a definição do termo "cliente". Por outro lado, o contínuo atropelo para encontrar um termo mais socialmente e politicamente correto levou a um desejo de abandonar todos os termos que implicam que os beneficiários da terapia têm um problema de saúde ou que precisam da ajuda de um terapeuta. Certamente não devemos "patologizar" as pessoas rotulando-as e definindo-as apenas nos termos de seus problemas ou necessidades. Além disso, se a terapia é uma prática local mais do que universal, não podemos generalizar afirmando que quem vem à terapia tem um problema de saúde ou uma necessidade terapêutica. Dependendo do contexto cultural, alguns têm e outros não.

Quando tudo é considerado, devemos evitar três injustiças ao nomear e definir as pessoas que

vêm à terapia: (1) patologizar, (2) insensibilidade multicultural e (3) poder hierárquico que deixa as pessoas passivas e dependentes. Essas três preocupações emanam da teoria crítica pósmoderna, a qual ocupa-se da opressão humana e da injustiça institucionalizadas e/ou incorporadas em nossas estruturas políticas, socioculturais e psicológicas, e nos discursos lingüísticos e em nossas generalizações injustificáveis de contextos locais para universais.

De maneira interessante, entretanto, quando tomamos uma metaperspectiva nestas três preocupações, podemos ver que estas mesmas injustiças são escondidas, mas não eliminadas pela teoria crítica pósmoderna. Não estaria a preocupação de despatologizar imbuída em uma estigmatização inconsciente da doença, em uma generalização universal e em uma manifestação do poder beneficente sobre aqueles tão estigmatizados? Ao não chamar uma pessoa de "cliente", não estou assim negando a existência de problemas ou objetivos de saúde reais que um indivíduo apresenta? Não é a própria negação da necessidade de saúde uma forma inconsciente de estigmatizar disparidades entre aqueles que têm e os que não têm tais necessidades? Quando um terapeuta se recusa a se referir a alguém com câncer como "paciente", quem está negando a disparidade entre saúde e doença, a pessoa ou o terapeuta? E quem está estigmatizando a doença?

Assim como no multiculturalismo, negativas similares prevalecem. Assim que a noção de multiculturalismo se torna institucionalizada ou imbuída no discurso, ela torna o conceito um universal – ainda que por sua própria natureza, o multiculturalismo negue a possibilidade de tais universais. E quando alguém nota disparidades de poder e hierarquias entre si e os outros, quem está projetando o que em quem?

Não obstante os motivos bem-intencionados daqueles que buscam erradicar a opressão e a injustiça, as questões básicas permanecem. Por definição, quem vai à terapia tem algum tipo de preocupação relativa à sua saúde? Se sim, quem os está estigmatizando por sua questão de saúde, aqueles que os chamam de clientes ou aqueles que evitam chamá-los de cliente? As pessoas que buscam terapia desaprovam serem chamadas de "clientes" ou "pacientes" ou esta é uma questão experimentada pelos terapeutas? Por fim, assim como os pensadores pós-modernos apontam estruturas e discursos imbuídos ou inconscientes como as principais causas da opressão, será possível que suas próprias estruturas inconscientes ou imbuídas escondam suas próprias estigmatizações, hierarquias e opressões?

NOTA 10

PROMOÇÃO DE SAÚDE – DESCONSTRUÍDO

Três questões surgiram na desconstrução desta parte da definição. A saúde de quem está sendo promovida? O que significa “promover”? E o que está incluído em saúde?

Saúde de Quem?

Como escrito originalmente, esta frase não especifica de quem é a saúde que está sendo promovida. Em primeiro lugar, eu encarei isto como um problema gramatical de fácil solução – simplesmente inserir as palavras “do cliente” depois de saúde. Mas as discussões que se desdobraram no grupo de desconstrução revelaram que este não era meramente um problema gramatical e que a “solução” não era tão simples. De fato, o foco da discussão mudou desta pequena frase para questões maiores e mais controversas: Quem pode e quem deve ser o beneficiário primário da musicoterapia? É a saúde do cliente a preocupação principal ou a musicoterapia deve também se ocupar da saúde dos arredores nos quais o cliente vive? Está incluído, nos limites das funções do terapeuta, ser um ativista?

Eliminar “do cliente” da frase permite a afirmação de que a musicoterapia pode se preocupar também com a saúde do terapeuta ou com a saúde de qualquer entidade relevante para a mundo físico, interpessoal e sociocultural do cliente. Mais além, como muitos de meus colegas acreditam, nem sempre o cliente pode ser separado da miríade de contextos nos quais vive, ajudar o cliente então é muitas vezes ajudar o cliente-no-contexto. Para eles, “o indivíduo é o social - ou o político, ou o cultural”, e é impossível separar o indivíduo dos muitos contextos que o definem e são definidos por ele. Assim, servir ou ajudar ao cliente automaticamente envolve servir e ajudar aos muitos contextos ambientais e socioculturais nos quais o cliente está incorporado.

Para concretizar esta discussão, consideremos as questões que emergem quando um musicoterapeuta trabalha com uma mulher vítima de abuso. A meta ou o contrato deve ser limitado a atender suas necessidades terapêuticas ou estes deveriam incluir o trabalho para transformar as pessoas e as estruturas sociais que encorajaram ou permitiram seu abuso, o abuso contra mulheres ou, mais genericamente, qualquer forma de abuso?

Para responder esta pergunta, vi a necessidade de fazer distinção entre benefícios diretos *versus* indiretos da terapia e de esclarecer se tais benefícios indiretos podem ser considerados centrais ou periféricos ao processo terapêutico. Existe pouca discordância de que, ao ajudar uma mulher vítima de abuso atendendo suas necessidades terapêuticas, pode haver efeitos no abusador e nas pessoas e condições que permitiram aquele abuso. Com a mudança ocorrida na vítima, ela pode se tornar capaz de induzir e mesmo de exigir transformações em seu mundo. Assim, a terapia pode ter tanto um efeito direto

no cliente quanto um efeito indireto sobre as outras pessoas e entidades fora do consultório.

A questão aqui é se as metas ou o contrato da terapia devem incluir a busca ativa de tais benefícios indiretos. Em alguns casos, devido às restrições de tempo e recursos ou devido à urgência das necessidades do cliente, as metas e contratos da terapia devem ser limitados no atendimento apenas das necessidades do cliente. Sob tais circunstâncias, gastar as energias do terapeuta ou do cliente na transformação de outras partes ou entidades diluiria o processo terapêutico e assim arriscaria sua efetividade. Por fim, o cliente pode não se beneficiar completamente da terapia uma vez que suas metas e esforços tornaram-se difusos. Tenha em mente, entretanto que mesmo quando as metas e contratos estão focados inteiramente nas necessidades do cliente, as transformações terapêuticas podem ainda induzir transformações positivas no seu mundo. Assim, quando o foco é apenas os benefícios diretos, benefícios indiretos podem também ser obtidos.

Em outro cenário, o progresso da cliente pode depender se esta vai de fato confrontar outras pessoas e entidades envolvidas no abuso. Aqui as necessidades terapêuticas da cliente estão inextrincavelmente ligadas à sua habilidade de transformar os contextos de vida que dão base ao abuso. Assim, uma parte integral do processo terapêutico envolve o terapeuta ajudando a cliente a mudar não apenas si mesma, mas também o seu mundo.

Outro cenário possível é quando o progresso da cliente na terapia depende do envolvimento desta na transformação de comportamentos, estruturas e instituições socioculturais que oprimem mulheres ou favorecem o abuso. Aqui o terapeuta pode encorajar a mulher a tornar-se ativista fora do setting terapêutico – unir-se a grupos feministas ou a organizações que lutam contra o abuso. Neste cenário, existem algumas potenciais violações das fronteiras quando o terapeuta também se torna um ativista nos mesmos grupos que a cliente. Além disso, uma questão ainda mais fundamental surge. Em que medida deve um terapeuta ser um ativista além de terapeuta? Os terapeutas que trabalham com vítimas de estupro devem envolver a si e a seus clientes na transformação destes aspectos da sociedade que permitem isso? Os terapeutas que trabalham com clientes gays devem ser ativos em organizações que lutam contra a discriminação? Ainda mais direto ao ponto, tal ativismo por parte do terapeuta é central ao processo terapêutico do cliente?

Mais uma vez, a questão por trás de tais opções é se a musicoterapia é definida como uma ciência, uma arte, uma humanidade ou qualquer combinação destas. Para ter certeza, existem diferenças de opinião entre musicoterapeutas, que, por sua vez, assinalam que a prática musicoterápica já inclui todos os cenários descritos acima. Assim, uma “definição guardachuva” do campo deve levar em conta os pontos de vista contrastantes nos limites entre terapia e ativismo social.

Promover

Na definição de 1989, utilizei “aprimorar” a saúde; eu então mudei o infinitivo na definição de 1998 para “promover”. A principal razão foi para enfatizar que saúde não é um fenômeno dicotômico; não se trata de uma condição excludente entre saudável e doente. Ao invés disso, eu a entendia como um “processo de desenvolvimento e evolucionário de passar do atual estado de ser para outro cada vez mais rico e completo” (BRUSCIA, 1998a, p. 84).

Meus colegas não fizeram objeções contra o termo “promover” em referência à saúde; entretanto, conforme as discussões sobre os pretensos beneficiários da terapia se desdobraram, senti cada vez mais desconforto com suas conotações. O dicionário Encarta dá como definição principal “levar alguém à

próxima graduação ou classificação em um emprego ou uma escola”. Isto é certamente consistente com a noção de saúde como *continuum*; entretanto, foram as definições secundárias que se mostraram problemáticas. Elas sugeriam que promover era apoiar, encorajar, advertir ou adiantar alguma coisa. Isto certamente levanta questões quanto à natureza da terapia e quanto ao papel do terapeuta. Está a terapia limitada a promover a saúde de uma pessoa ou pessoas, ou também está aí incluído promover a saúde do ambiente, da sociedade ou cultura, ou, ainda mais amplamente, a “saúde” como um fenômeno? São os terapeutas “promotores” da saúde, no sentido ampliado da palavra? Quando esta promoção à saúde torna-se ativismo e deixa de ser terapia? Estará a própria ideia de tal promoção à saúde ameaçando os limites da musicoterapia?

Mais uma vez, a questão subjacente parece ser se a musicoterapia é uma arte, uma ciência ou uma humanidade. Quando concebida como ciência ou arte, a musicoterapia foca mais na saúde pessoal do indivíduo ou do grupo, enquanto que ao ser concebida como uma humanidade, a musicoterapia amplia a meta da promoção de saúde para muitas entidades externas ao consultório. Assim, utilizar a palavra “promover” favorece a perspectiva humanística sobre a artística ou científica.

Para corrigir isto e me aproximar do centro, substituí “promover” por “otimizar”.

Saúde

O único comentário sobre “saúde” feito por meus colegas foi que ela deve incluir metas como qualidade de vida, bem-estar e a possibilidade de ação. Uma vez que o capítulo sobre saúde incluiu estas metas, o termo em si não precisou ser mudado.

NOTA 11

EXPERIÊNCIAS MUSICAIS E SUAS RELAÇÕES – DESCONTRUÍDO

Meus colegas ofereceram duas principais sugestões nesta parte da definição.

Primeiro: “Experiência Musical” deveria ser substituído por simplesmente “música” ou “o processo musical”. Não concordei. Minhas razões para o uso de “experiência” foram explicadas claramente no livro de 1998.

Segundo: Uma vez que a música é uma forma de estar junto, é redundante adicionar “as relações desenvolvidas através desta”. Relações são inerentes à experiência musical. Não acredito que esta assertiva seja consistente com a prática clínica ou com muitas definições de musicoterapia. Uma premissa básica da musicoterapia é que o terapeuta utiliza a música para desenvolver um relacionamento pessoal com o cliente e que, em muitos casos, um relacionamento pessoal provavelmente não se desenvolve sem trocas musicais. Além disso, existem muitos outros tipos de relações que o cliente pode explorar com propósitos terapêuticos, e estas não estão automaticamente acessíveis para ele na experiência musical. Pelo contrário, elas devem ser desenvolvidas com a ajuda de um terapeuta. Por exemplo, um cliente pode precisar desenvolver uma relação com seu próprio corpo. Isso não acontece automaticamente ao se envolver em uma experiência musical. Isso deve ser explorado, praticado e desenvolvido.

Neste ponto eu concluí que o termo problemático era “desenvolvidas”, porque ele implica a necessidade de tempo. Assim, uma frase mais precisa seria “relações formadas através desta”.

NOTA 17

FORÇAS DINÂMICAS – DESCONSTRUÍDO

O termo “dinâmicas” carrega muitas conotações. A intenção original era transmitir como os agentes da musicoterapia interagiam e se influenciavam mutuamente e sinergicamente. Infelizmente, o termo também sugere uma orientação “psicodinâmica”, o que não é a intenção. Sai “dinâmicas”.

Desnecessário dizer, se “intervenção” teve conotações negativas de poder e hierarquia e precisou ser removida, assim ocorreu com “forças”. Sai “forças”.

“Ímpeto” foi escolhido para transmitir como os diferentes agentes na musicoterapia tanto induzem à transformação como fornecem os meios pelos quais a transformação do cliente pode ser alcançada.

NOTA 18

TRANSFORMAÇÃO – DESCONSTRUÍDO

Na definição de 1998, dois critérios foram usados para atribuir a transformação do cliente à musicoterapia: A transformação deve estar relacionada à saúde e deve ter resultado efetivamente do que ocorreu dentro do processo musicoterápico. Este último critério foi contestado no grupo de desconstrução devido à multiplicidade de fatores operando quando um cliente está em terapia.

Questões de Causalidade

No pensamento pós-moderno, realidades são construídas de diferentes maneiras. A causalidade não é linear nem unidirecional, e a totalidade das variáveis operando em qualquer elo de causa e efeito é impossível de identificar. Pelo contrário, a causalidade é encarada como não-linear, multidirecional e multifacetada. A partir desta cosmovisão, não poderíamos atribuir determinado resultado de um paciente a um determinado aspecto do processo musicoterápico porque elos causais claros e puros são muito difíceis de estabelecer.

Se por um lado eu posso concordar com esta visão da causalidade, também acredito que a musicoterapia possa ser praticada efetivamente dentro de outras cosmovisões mais determinísticas e que nestas a efetividade da musicoterapia pode ser e tem sido demonstrada com sucesso. Assim, posso apenas concluir que a musicoterapia opera de acordo com diversas cosmovisões e que uma visão não necessariamente colide com as outras. Todas as cosmovisões devem ser consideradas no esboço da identidade da musicoterapia.

Previsibilidade de Resultado

À parte deste debate filosófico sobre causalidade, muitos clínicos admitiriam que na prática o resultado efetivo da terapia nem sempre é o mesmo que se buscava. O terapeuta e/ou cliente pode adotar qualquer número de metas gerais ou específicas para a terapia, e os dois podem trabalhar “sistematicamente” para que o cliente as alcance. Algumas vezes, entretanto, os verdadeiros resultados da terapia são diferentes destas metas, e algumas vezes as metas, uma vez alcançadas, não levam aos resultados esperados. Por outro lado, em muitas áreas da prática musicoterápica, os resultados são previstos de forma precisa, sendo as metas bem consistentes com estes.

Mais uma vez, eu posso apenas concluir que ambos os cenários prevalecem na prática da musicoterapia e que a nova definição deve permitir tanto a previsibilidade quanto a imprevisibilidade de

resultado. Ademais, mais atenção deve ser dada à intenção do terapeuta na determinação da previsibilidade de resultado. Não acredito que a previsibilidade de resultado seja um assunto randômico onde os terapeutas não tem controle dos resultados. Pelo contrário, proponho que as estratégias da musicoterapia possam ser “orientadas a resultados” e contem com a teoria e com a pesquisa para prever resultados clínicos acuradamente e que as estratégias também possam ser “orientadas à experiência”, dependendo da experiência musical e de seus relacionamentos concomitantes para alcançar os resultados mais relevantes. Estas duas formas de pensar foram apresentadas em detalhes em uma palestra na *American Music Therapy Association* (BRUSCIA, 2011).

Benefícios Indiretos

Toda a discussão sobre previsibilidade de resultado levantou ainda outra questão: é razoável afirmar que existem benefícios “indiretos” da musicoterapia (quando transformações no cliente levam a transformações em outras partes do seu mundo)? Se transformações e resultados não são sempre previsíveis para o beneficiário direto, como alguém pode prevê-los em beneficiários indiretos? Especificamente, como podemos saber com certeza que transformações no cliente levarão igualmente a transformações nos seus companheiros, ou no seu contexto sociocultural ou no ambiente físico?

Em um nível prático, é preciso clareza no que diz respeito a duas questões inter-relacionadas sobre benefícios e beneficiários. Primeiro, sob quais condições os benefícios indiretos devem ser reivindicados como resultados da musicoterapia em adição aos benefícios diretos? Não parece razoável assumir que benefícios indiretos devam sempre ser citados. Segundo, é preciso clareza a respeito de se o terapeuta e o cliente estão buscando metas que beneficiam apenas o cliente, o cliente e seu contexto sociocultural ou o cliente e seu ambiente imediato. Como explicado anteriormente, ao trabalhar com uma mulher vítima de abuso, a terapia está voltada para as necessidades de saúde da mulher, para prevenção de novos abusos, para a transformação do abusador, para a transformação de atitudes frente às mulheres, para abordar as causas dos abusos na sociedade ou para transformar as atitudes frente ao abusador, à vítima e ao abuso?

Isto é o que Stige (2002) propõe: “Enquanto terapia é sobre transição pessoal, (...) ela pode também representar transição cultural e social. Algumas vezes as transformações terapêuticas ocorrem na relação do cliente com os contextos sociais e culturais, outras vezes a terapia também contribui para a *transformação* social ou cultural nestes mesmos contextos, de formas diretas ou indiretas” (p.220).

A nova definição deve lidar com estas diferenças nos benefícios e nos beneficiários.

NOTAS AL PIE

1. Na edição anterior, change é traduzido como mudança. Manteremos entretanto nas páginasseguintes a tradução atual (N. do T.)

2. Dos originais assessment, treatment e evaluation.

3. Em momentos anteriores do texto, optamos pela tradução do termo “help” como “cuidar”, derivando para “cuidador”, o que é mais interessante do que “ajudante”. Neste capítulo esta escolha nos pareceu mais difícil pelo jogo de palavras do autor, mas ainda assim mantivemos a escolha pelo termo “cuidador” por achar que “ajudante” em português ameaça a coerência da conceituação do presente trabalho. (N. do T.)

4. Do original entrain. (N. do T.)

5. Do original handicap (N. do T.)

6. Do original self (N. do T.)

7. Do original *self* (N. do T.)

8. Do original *toning* (N. do T.)

9. Do original *sound*, que também significa “saudável” (N. da R.)

10. Do original *situatedness* (N. do T.)

11. Do original *Instructional Music Therapy* (N. da R.)

12. Do original *Instructional Musica Psychotherapy* (N. da R.)

13. Do original *Healing Practices* (N. do T.)

14. Do original *toning* (N. do T.)

15. Do original *medecine men* (N. do T.)

16. Do original *peek-a-boo*. Não é o esconde-esconde entre crianças, mas sim o que é feito por um adulto com uma criança pequena, ao, p. ex., se esconder atrás do travesseiro e depois reaparecer. Uma versão passiva do *fort-da* freudiano.

17. Do original *Continually Change Locus and Focus* (N. do T.)

18. Do original *Musicking* (N. do T.)

APÊNDICE A

DEFINIÇÕES DE MUSICOTERAPIA

Abrams: “Musicoterapia consiste no cliente e terapeuta trabalhando juntos musicalmente [relacionalmente e esteticamente] no tempo para promover a saúde musical do cliente (saúde estética relacional e temporal)” (2012, p.65)

Agrotou: “Musicoterapia é a utilização de música predominantemente improvisada como um veículo para a transferência e a contratransferência. A música improvisada criada pelo paciente, pelo terapeuta ou por ambos, reflete o estado da relação paciente-terapeuta em um dado momento. A música dirige-se ao estado afetivo do paciente no “aqui e agora” da relação terapêutica e também ao que ela representa em seu mundo de fantasia e em sua própria história psíquica (1993, p. 184).

Alley: “Musicoterapia nas escolas é a utilização funcional da música para atingir o progresso dos alunos nas áreas acadêmica, social, motora ou da linguagem. Musicoterapia para crianças especiais lida com comportamentos inadequados ou incapacidades e funções, como um serviço integrado, um serviço de apoio que auxilia a criança deficiente a se beneficiar da educação especial” (1979, p. 118)

Alvin: “Musicoterapia é a utilização controlada da música no tratamento, reabilitação, educação e treinamento de crianças e adultos sofrendo de distúrbios físicos, mentais ou emocionais” (1975, p.4)

Associação de Musicoterapia do Paraná (Brasil): “Musicoterapia é a utilização da música e/ou seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, num processo [designado] para facilitar, e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas”. Extraído em 12 de Novembro de 2012, a partir de http://www.amtpr.com.br/p/musicoterapia.html

American Music Therapy Association (1997): “Musicoterapia é uma profissão de saúde estabelecida que utiliza música e atividades musicais para atingir as necessidades físicas, cognitivas e sociais de indivíduos com deficiência”

American Music Therapy Association (s/d): “Musicoterapia é uma profissão de saúde estabelecida em que a música é utilizada dentro de um relacionamento terapêutico para alcançar as necessidades físicas, emocionais, cognitivas e sociais dos indivíduos. Após avaliar os pontos fortes e necessidades de cada cliente, o musicoterapeuta qualificado fornece o tratamento indicado, incluindo a criação, o canto, movendose para, e / ou ouvir música. Através do envolvimento musical no contexto terapêutico, as habilidades dos clientes são fortalecidas e transferidas para outras áreas de suas vidas. A musicoterapia também fornece caminhos para comunicação que pode ser útil para aqueles que acham difícil se expressar em palavras. Pesquisa em terapia de música suporta a sua eficácia em muitas áreas, como a reabilitação física em geral e facilitar o

movimento, aumentando a motivação das pessoas para se engajarem em seu tratamento, proporcionando apoio emocional para os clientes e suas famílias, e fornecendo uma saída para a expressão de sentimentos". Extraído em 12 de Novembro de 2012, a partir de HTTP://www.musictherapy.org/about/musictherapy/

American Music Therapy Association (s/d): "Musicoterapia é a utilização clínica e baseada em evidências de intervenções musicais para atingir objetivos individualizados dentro de um relacionamento terapêutico por um profissional credenciado que tenha completado um programa de musicoterapia aprovado. Intervenções de musicoterapia podem ser desenvolvidas para: promover o bem estar, gerenciar o estresse, aliviar a dor, expressar sentimentos, melhorar a memória, melhorar a comunicação, [e] promover a reabilitação física. Pesquisa em musicoterapia dá suporte à sua eficácia em uma ampla variedade de configurações de saúde e educacionais". (Diretório AMTA)

Association for Professional Music Therapist in Great Britain (1980): "Musicoterapia é uma forma de tratamento em que uma relação mútua se estabelece entre paciente e terapeuta, possibilitando que ocorram transformações na condição do paciente e que a terapia se desenvolva. O terapeuta trabalha com grande variedade de pacientes, tanto adultos quanto crianças, que podem apresentar problemas emocionais, físicos, mentais ou defasagens do desenvolvimento psicológico. Através da utilização criativa da música em um setting clínico, o terapeuta procura estabelecer uma interação, uma experiência musical compartilhada e atividades que atinjam os objetivos terapêuticos determinados pela patologia do paciente." (Folder da Associação intitulado "*A Career in Music Therapy*").

Association of Professional Music Therapist (2000): A musicoterapia fornece um quadro onde uma relação mútua é estabelecida entre o cliente e o terapeuta. A relação crescente permite que as transformações ocorram, tanto na condição do cliente quanto na forma em que o terapeuta conduz... Usando a música de forma criativa em um ambiente clínico, o terapeuta procura estabelecer uma interação, uma experiência musical compartilhada que leva à busca de objetivos terapêuticos. Esses objetivos são determinados pela compreensão do terapeuta acerca da patologia do cliente. (Panfleto da Associação)

Australian Association for Music Therapy (1998): Musicoterapia é "a utilização planejada da música para se atingir os objetivos terapêuticos com crianças e adultos que têm necessidades especiais decorrentes de problemas sociais, emocionais, físicos ou intelectuais" (Folder da Associação)

Australian Music Therapy Association : Musicoterapia é uma "profissão de saúde aliada", envolvendo "o uso planejado e criativo da música para atingir e manter a saúde e o bem-estar ..." Extraído em 12 de novembro de 2012, a partir de http://www.austmta.org.au

Austrian Association of Professional Music Therapists: Musicoterapia é um método de tratamento prescrito por médicos que é realizado por pessoas com treinamento apropriado. Ela é um método terapêutico com especificidade diagnóstica que tenta influenciar eficientemente o processo físico através de estímulos acústicos e musicais. É baseado na experiência e no conhecimento dos efeitos da música sobre as emoções das pessoas física ou mentalmente doentes. (Apostila da Associação, 1986; Maranto, 1993, p.64)

Austrian Music Therapy Law (MuthG) (2009): "Dentro do MuthG, a musicoterapia é definida como uma abordagem terapêutica autônoma, científica-artística-criativa e expressiva. É o tratamento consciente e intencional de pessoas que sofrem de transtornos de comportamento e doenças de ordem emocional, somática, mental, ou social, através do emprego de mídia musical dentro de

uma relação terapêutica entre um ou mais clientes e um ou mais terapeutas com os seguintes objetivos: prevenir, reduzir ou eliminar os sintomas; para mudar comportamentos ou atitudes que precisam de tratamento; para suportar e manter ou restaurar o desenvolvimento, maturação e saúde do cliente. A musicoterapia é indicada nos domínios da prevenção da saúde, no tratamento de doenças agudas e crônicas, reabilitação, no fomento das competências sociais, incluindo supervisão, bem como treinamento e pesquisa." Extraído em 16 de Novembro, 2012, a partir de http://www.voices.no/?q=country-of-the-month/2008-updatemusictherapy-austria

Bang: "Musicoterapia é a aplicação controlada de atividades musicais especialmente organizadas, com a intenção de favorecer o desenvolvimento e cura durante o tratamento, a educação, e a reabilitação de crianças e adultos com defasagens motoras, sensoriais ou emocionais... O objetivo do musicoterapeuta é centrado no cliente e não na música." (1986,p.20)

Barcellos: "Musicoterapia é a utilização da música e/ou seus elementos integrais como objeto intermediário de uma relação que permite o desenvolvimento de um processo terapêutico, mobilizando reações biopsicossociais no indivíduo com o propósito de minimizar seus problemas específicos e facilitar sua integração/reintegração no ambiente social normal" (1982, pp. 2-3)

Benenzon: "Do ponto de vista científico, musicoterapia é um ramo da ciência que lida com o estudo e a investigação do complexo som-homem, onde o som pode ser musical ou não, bem como métodos terapêuticos e dos elementos diagnósticos que lhes são inerentes. Do ponto de vista terapêutico, a musicoterapia é uma disciplina paramédica que utiliza o som, a música e o movimento para produzir efeitos regressivos e para abrir canais de comunicação que nos permitirão iniciar um processo de treinamento e recuperação do paciente para a sociedade" (1981, p.3)

Bonny: Musicoterapia é a "aplicação sistemática da música dirigida por um musicoterapeuta para promover transformações na saúde física e/ou emocional da pessoa. Como tal, seus aspectos funcionais, e não os estéticos e de entretenimento, são enfatizados" (1986, p.4)

Boxill: "Musicoterapia é um amálgama de música e de terapia. Quando a música, como agente de mudança, é utilizada para estabelecer uma relação terapêutica, para favorecer o crescimento e o desenvolvimento da pessoa e para auxiliar a auto-realização, o processo é considerado musicoterapia. Definindo de forma mais abrangente, musicoterapia é a utilização da música como um instrumento terapêutico para a recuperação, manutenção e melhora da saúde psicológica, mental e fisiológica e para a habilitação, reabilitação e manutenção das habilidades físicas, comportamentais, sociais e do desenvolvimento no contexto de uma relação cliente-terapeuta" (1985, p.5)

Bright: "Musicoterapia é a utilização planejada para melhorar o funcionamento, em seu ambiente, de um indivíduo ou grupo de clientes que tenham necessidades sociais, intelectuais, físicas ou emocionais de natureza especial. A musicoterapia é conduzida por um musicoterapeuta treinado trabalhando em um contexto de equipe clínica"

Bruscia: "Musicoterapia é um processo interpessoal que envolve o (s) terapeuta(s) e o(s) cliente(s) exercendo certos papéis na relação e em uma variedade de experiências musicais, todas estruturadas para ajudar os clientes a encontrarem os recursos necessários para resolver problemas e aumentar seu potencial de bem-estar" (1984b)

Bruscia: "Musicoterapia é um processo interpessoal em que as experiências musicais são utilizadas para melhorar, manter ou recuperar o bem-esta do cliente" (1986, p.1)

Bruscia: "Musicoterapia é um processo orientado por objetivos no qual o terapeuta ajuda o cliente a melhorar, manter ou restaurar um estado de bem-estar, utilizando experiências musicais e as

relações que se desenvolvem através delas como forças dinâmicas de mudança” (1987a, p.5)

Bruscia: “Musicoterapia é um processo sistemático de intervenção onde o terapeuta ajuda o cliente a alcançar a saúde, usando experiências musicais e relações que se desenvolvem através delas como forças dinâmicas de mudança” (1989, p.29)

Bruscia: “Musicoterapia é um processo interpessoal no qual o terapeuta utiliza a música e todas as suas facetas – física, emocional, mental, social, estética e espiritual – para ajudar o cliente a melhorar, recuperar ou manter a saúde” (1991, p.5)

Bunt: Musicoterapia é “a utilização de sons organizados e da música em uma relação envolvente entre cliente e terapeuta para apoiar e encorajar o bem estar emocional, social, físico e mental” (1994, p.8)

Canadian Association for Music Therapy (1998): Musicoterapia é “a utilização da música para auxiliar a integração física, psicológica e emocional do indivíduo e para o tratamento de doenças ou deficiências. Ela pode ser aplicada a todos os grupos etários em uma grande variedade de settings. A música possui a qualidade de ser não-verbal, mas oferece muitas oportunidades para a expressão oral e verbal. Como membro de uma equipe terapêutica, o musicoterapeuta participa da avaliação das necessidades do cliente, da formulação da abordagem e do programa terapêutico, desenvolvendo então atividades musicais específicas para alcançar os objetivos, avaliações sistemáticas e assegura a eficácia do programa. A natureza da musicoterapia enfatiza uma abordagem criativa no trabalho com deficientes. A musicoterapia possibilita uma abordagem humanista e viável que reconhece e desenvolve recursos internos geralmente reprimidos do cliente. Os musicoterapeutas desejam ajudar o indivíduo a mover-se em direção a uma maior autoconsciência e, em um sentido mais amplo, a levar cada ser humano ao seu maior potencial” (Impresso intitulado “About Music Therapy”).

Canadian Association for Music Therapy/Association de Musicoterapie du Canada (1994): “Musicoterapia é a utilização hábil da música e de elementos por um musicoterapeuta acreditado para promover, manter e restaurar a saúde mental, física, emocional e espiritual. . A música tem qualidades não-verbais, criativas, estruturais e emocionais. Estas são usadas na relação terapêutica para facilitar o contato, interação, autoconsciência, aprendizagem, auto-expressão, comunicação e desenvolvimento pessoal”. Extraído em 12 de novembro de 2012, a partir de http://www.musictherapy.ca

Carter: “Musicoterapia é a aplicação científica da música ou de atividades musicais para atingir objetivos terapêuticos. A musicoterapia também pode ser definida como a utilização estruturada da música para produzir as transformações do comportamento almejadas” (1982, p.5)

Certification Board for Music Therapists (2011): “Musicoterapia é o uso especializado da música por um profissional credenciado que desenvolve tratamento e intervenções auxiliares individualizados para pessoas de todas as idades e níveis de habilidade para lidar com suas necessidades sociais, de comunicação, emocionais, físicas, cognitivas, sensórias e espirituais.” Extraído em 12 de novembro de 2012 da página http://www.cbmt.org

Chilean Association for Music Therapy (s/d): “O uso da música e/ou seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) em um processo destinado a facilitar e promover a comunicação, relações, aprendizado, movimento, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos, ao mesmo tempo satisfazer as necessidades emocionais, mentais, sociais e cognitivas. Este trabalho deve ser realizado por um musicoterapeuta qualificado com um paciente ou grupo. ... Tem como objetivo desenvolver o potencial e / ou restaurar as funções do indivíduo para que [ele ou ela] atinja

melhor integração intra e / ou interpessoal e, consequentemente, uma melhor qualidade de vida através da prevenção, tratamento ou reabilitação. Extraído em 12 de Novembro de 2012, de http://www.achim.cl/?page_id

Codding: "Musicoterapia é a aplicação científica da música e das habilidades do terapeuta para promover as transformações desejadas do comportamento humano... A estrutura criada pelo ambiente terapêutico e a relação entre a criança e o terapeuta, ou entre as próprias crianças, facilitam o aprendizado das habilidades necessárias à vida. As crianças podem aprender habilidades que facilitam o efetivo funcionamento acadêmico, comunicativo, social e emocional de forma duradoura" (1982, p.22)

Colon: Musicoterapia é "o estudo científico que se dedica a investigar e analisar o complexo universo sonoro/musical que cada ser humano possui internamente, com o objetivo de obter transformações positivas de sua conduta (Bruscia, 1984, p.15)

Colon: "Musicoterapia é uma técnica científica que investiga, explora e analisa os sentimentos e emoções musicais que emergem da dinâmica intrapsíquica profunda do ser humano, com o objetivo de modificar esses comportamentos" (Colon, 1993 p.490)

Costa: "Musicoterapia é uma terapia auto-expressiva que utiliza a música em sentido latente, como objeto intermediário, na relação entre a música, o terapeuta e o paciente e que utiliza os aspectos bio-psicossociais do indivíduo, abrindo novos canais de comunicação que podem ajudar esse indivíduo a recuperar-se e a integrar-se dinamicamente consigo próprio e com seu grupo social" (Maranto, 1993, p.104-105)

Danskmusikterapeutforening: "A musicoterapia é uma terapia de base científica baseada na capacidade da música para promover o contato e comunicação. A música é usada em um processo que tem como objetivo apoiar e promover, por exemplo, habilidades de comunicação, o desenvolvimento pessoal, a formação de relacionamentos, aprendizagem, reabilitação, estimulação física ou relaxamento, e experiências emocionais, expressões, e insight". Extraído em 10 de abril de 2014 a partir de www.musikterapi.org.

Davis, Gfeller, & Thaut: A musicoterapia é "uma ciência do comportamento preocupada com a mudança de comportamentos pouco saudáveis e substituí-los por outros mais adaptativos através do uso de estímulos musicais" (2008, p. 13).

DeBacker & Peuskens: Musicoterapia antroposófica é "um processo de trabalho harmonioso com a pessoa através da música. Essa harmonia inicia no nível de desenvolvimento atual do indivíduo; seu objetivo é levar o indivíduo adiante em seu desenvolvimento. Isso é feito de forma ativa assim como receptiva, com a música sendo geralmente utilizada como um catalisador (1993, p.90)

Del Campo: "Musicoterapia é a aplicação científica do som, da música e do movimento, que através da escuta, do treinamento e da execução de sons instrumentais, contribui para a integração de aspectos cognitivos, afetivos e motores, desenvolvendo a consciência e fortalecendo o processo criativo. Os objetivos da musicoterapia são: 1) facilitar o processo de comunicação, 2) promover a expressão individual e 3) melhorar a integração social" (1993, p.547)

DiFranco & Perilli: "Musicoterapia é uma disciplina que utiliza a linguagem sonoro-musical na relação paciente-terapeuta em um processo sistemático de intervenção. Uma característica da musicoterapia na Itália é seu contexto multidisciplinar em que os elementos básicos (o paciente, o terapeuta e o som) são vistos desde a perspectiva médica (seu potencial diagnóstico), desde uma perspectiva psicológica (seu potencial de avaliação) ou em uma perspectiva musical (seu potencial de utilização da linguagem sonora para e em uma relação profissional)" (1993, p.322)

Doyle: Musicoterapia é "a utilização da música em um ambiente específico para inspirar, liberar e nutrir o processo de descoberta de cada indivíduo. No envolvimento com a música, os indivíduos deixam sua imaginação ir adiante, fazem escolhas e realizam sonhos" (1989, p.81)

Finnish Society for Music Therapy (2009): A musicoterapia é uma forma de reabilitação e tratamento, onde os elementos da música (ritmo, harmonia, melodia, timbre, dinâmica, etc.) são utilizados como ferramentas centrais de interação [no alcance] das metas estabelecidas individualmente. A musicoterapia é oferecida em configurações individuais e de grupo. A musicoterapia é empregada tanto em [conjunção] com outras formas de tratamentos como tratamento principal. Através da musicoterapia, ambas as desordens físicas e mentais e doenças podem ser tratadas com resultados positivos. A musicoterapia é adequada para crianças, adolescentes, adultos e idosos". Extraído em 12 de novembro de 2012, a partir de http://www.musiikkiterapia.net/index.php?option=com_content&view=article&id.

Fleshman e Fryear: Musicoterapia é a utilização da música "em ambiente terapêutico para produzir transformações nos sentimentos e comportamentos do paciente." (1981,p.3)

Free Dictionary: "A musicoterapia é uma técnica da medicina complementar que usa a música prescrita de forma hábil por terapeutas treinados. Os programas são projetados para ajudar os pacientes a superar desafios físicos, emocionais, intelectuais e sociais. As aplicações vão desde a melhoria do bem-estar dos pacientes geriátricos em casas de repouso na redução do nível de estresse e dor de mulheres em trabalho de parto. A musicoterapia é usada em muitos contextos, incluindo escolas, centros de reabilitação, hospitais, cuidados paliativos, lares de idosos, centros comunitários, e às vezes até mesmo em casa." Extraído em 16 de novembro de 2012, a partir de http://medicaldictionary.thefreedictionary.com/music+therapy.

French Association for Music Therapy: Musicoterapia é "a utilização de sons e da música em uma relação psicoterapêutica" (Bruscia, 1984a, p.16)

German Association for Music Therapy (s.d): "A musicoterapia é a utilização sistemática da música dentro de um relacionamento terapêutico que visa restaurar, manter e promover a saúde mental, física e mental. A musicoterapia é uma disciplina científica orientada para a prática, que está em estreita interação com outras disciplinas científicas, especialmente medicina, ciências sociais, psicologia, musicologia e pedagogia." Extraído em 12 de novembro de 2012, a partir de http://www.musiktherapie.de/fileadmin/user_upload/medien/pdf/Flyer_DMTG_Musiktherapie_en

Gomes & Leite: "Musicoterapia, como considerada por seus praticantes em Portugal, é um modelo de intervenção nos campos da Saúde Mental e da Educação Especial; ela envolve a utilização da música como um elemento intrínseco do sistema tripolar que inclui a música, o cliente e o terapeuta/educador. A música fornece uma atividade e/ou conteúdo para uma atividade que se adapta ao nível de funcionamento do cliente e é direcionada pelo terapeuta/educador para alcançar objetivos não musicais" (1993, p.480).

Guaraldi: Musicoterapia é a utilização de "atividades musicais ativas e passivas para aliviar e ressocializar adultos e crianças com vários tipos de deficiência que restringem suas experiências sociais e seus relacionamentos" (Bruscia, 1984, p.17).

Hadsell: Musicoterapia é "a utilização de propriedades e potenciais singulares da música em uma situação terapêutica com o propósito de mudar o comportamento humano de forma que o indivíduo afetado torne-se mais apto a funcionar como membro útil da sociedade atual e futura" (1974, p.114).

Hesser: "Musicoterapia é a utilização consciente do poder do som e da música para a terapia e a cura...

O trabalho do musicoterapeuta é extrair o potencial singular da música e do som em favor da saúde e do bem-estar dos clientes. O musicoterapeuta é um artista cuja sensibilidade e criatividade se movem e guiam o processo de musicoterapia" (1995, p.46).

Houde (2006): "A musicoterapia é um processo pelo qual uma pessoa é afetada potencialmente todos os níveis de seu ser (físico, cognitivo, emocional e espiritual) através de uma relação com três dobras formadas entre terapeuta, cliente e música. A música criada pelo terapeuta e cliente toma uma importância fundamental sob o pressuposto de que é um dos meios mais diretos que permitem a comunicação e expressão da parte central do self - o self que está sendo refletido diretamente através da música. Supõe-se também que o ato de fazer música é uma poderosa ferramenta que promove a conscientização e foco, que são pré-requisitos essenciais para o desenvolvimento pessoal ou mudança." Extraído em 16 de novembro de 2011, a partir de http://musicalus.blogspot.com/2006/08/definition-and-phylosophyof-music.

International Symposium of Music Therapists (1982): "A musicoterapia facilita o processo criativo de se mover em direção ao todo no ser físico, emocional, mental e espiritual em áreas como a independência, a liberdade de mudar, a adaptabilidade, o equilíbrio e a integração. A aplicação da musicoterapia envolve interações do terapeuta, cliente e música. Essas interações iniciam e mantêm processos de mudança musicais e não musicais que podem ou não estar sendo observados. Como os elementos musicais de ritmo, melodia, harmonia e são elaborados ao longo do tempo, o terapeuta e cliente podem desenvolver relacionamentos que otimizam a qualidade de vida." Extraído em 16 de novembro de 2012, a partir de http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=25789

Jondittir: "Musicoterapia é a utilização estruturada da música, do som e do movimento para a obtenção de objetivos terapêuticos de recuperação, manutenção e desenvolvimento da saúde física, mental e emocional. De forma sistemática, um indivíduo especialmente treinado utiliza as propriedades e os potenciais singulares da música e do som, e a relação que se desenvolve através das experiências musicais para alterar o comportamento humano, para ajudar o indivíduo a utilizar seu potencial máximo, para comunicar sua singularidade e para aumentar seu bem-estar" (1993, p.280).

Korean Association for Music Therapy (2012): "A musicoterapia é a utilização terapêutica da música por um terapeuta certificado onde o objetivo é promover e / ou resolver a saúde física, psicoemocional e psicossocial dos clientes através da música ou atividades musicais." (Www.musictherapy.or.kr)

Kortegaard & Pedersen: "Musicoterapia é a utilização da música para o tratamento/desenvolvimento dos recursos, onde a música é um fator essencial na relação terapêutica. O papel da música pode variar de relação para relação" (1993, p. 198)

Kenny: "Musicoterapia é um processo e um sistema que combinam os aspectos curativos da música com as questões da necessidade humana para beneficiar o indivíduo e, consequentemente, a sociedade. O musicoterapeuta atua como um recurso pessoal e guia, fornecendo experiências musicais que levam os clientes em direção à saúde e ao bem-estar" (1982, p.7)

Lecourt: Musicoterapia é "a utilização do som (inclusive ruído) e da música (receptiva ou criativa, gravada ou ao vivo) em uma relação terapêutica para fins reeducativos ou psicoterapêuticos" (1993, p.222).

Lehtonen: Na Finlândia, a musicoterapia pode ser definida como "um processo curativo que ocorre entre a música, o musicoterapeuta e um ou mais clientes; seu objetivo é promover a saúde do cliente. A

parte mais importante desse processo é a interação social entre as personalidades do musicoterapeuta e de seus clientes. A música promove a comunicação as ativar diferentes tipos de fenômenos psíquicos e por levar um novo material para o processo de comunicação (...) o indivíduo é capacitado a expressar e sentir experiências não-verbais e não-discursivas, como ritmos corporais e experiências inconscientes e traumáticas que estão ancoradas na primeira infância do indivíduo" (1993, p. 212).

Dicionário Merriam-Webster: Musicoterapia é "o tratamento de doenças (enquanto doenças mentais) usando a música como meio". Retirado em 16 de novembro de 2012, em http://www.merriamwebster.com/medical/music%20therapy

Mid-Atlantic Music Therapy Region, National Association for Music Therapy: "Musicoterapia é a utilização estruturada da música como processo criativo para desenvolver e manter o máximo potencial humano. A musicoterapia é utilizada com sucesso nas seguintes áreas: social, motora, desenvolvimento da comunicação, aquisição de conhecimentos escolares e manejo do comportamento. Utilizando objetos reeducativos, a musicoterapia a promover um funcionamento ótimo através de uma grande variedade de experiências" (do impresso intitulado "*Music Therapy For Mental Health*").

Munro e Mount: "Musicoterapia é a utilização controlada da música, de seus elementos e de sua capacidade de influenciar os seres humanos para auxiliar a integração fisiológica, psicológica e emocional do indivíduo durante o tratamento de uma doença ou deficiência" (1978, p. 1029).

Natanson: "Musicoterapia é uma atividade planejada a qual visa rehumanizar o estilo de vida contemporâneo através das muitas facetas da experiência musical, para proteger e restaurar a saúde do cliente, e para otimizar tanto as relação ambientais e sociais inerentes. Nesta definição, "planejada" se refere a "ação deliberada com função, curso e meta estabelecida". A restauração e proteção da saúde se refere a "agir nas áreas da profilaxia, terapia e reabilitação". Por "saúde", o autor entende não apenas falta de doença, mas também o sentimento de bemestar nos domínios físico, psicológico e social." (MARANTO, 1993, p. 460)

National Association for Music Therapy (1960): "Musicoterapia é a aplicação científica da arte da música para alcançar objetivos terapêuticos. É a utilização da música e do próprio terapeuta para promover transformações no comportamento (Impresso intitulado "*Music Therapy as a Career*, 1960)."

National Association for Music Therapy (1980): "Musicoterapia é a utilização da música para atingir objetivos terapêuticos: recuperação, manutenção e melhora da saúde física e mental. É a aplicação sistemática da música, conduzida pelo musicoterapeuta em um ambiente terapêutico, para produzir transformações desejáveis no comportamento. Essas transformações habilitam o indivíduo que participa do processo terapêutico a experienciar uma maior compreensão de si mesmo e de seu mundo, alcançando, consequentemente, uma adaptação mais adequada à sociedade. Como membro de uma equipe terapêutica, o musicoterapeuta participa da análise dos problemas do indivíduo e da estruturação dos objetivos gerais do tratamento antes de planejar e implementar as atividades específicas da musicoterapia. Avaliações periódicas são realizadas para determinar a eficácia dos procedimentos empregados (Impresso intitulado *"A Career in Music Therapy", 1980*)"

National Association for Music Therapy (1983): "Musicoterapia é a utilização especializada da música em serviços de atendimento a pessoas com necessidades nas esferas da saúde mental, saúde física, habilitação, reabilitação ou educação especial (...) o objetivo é auxiliar os indivíduos a

alcançarem e manterem seus níveis de funcionamento mais altos". *(NAMT Standards os Clinical Practice, 1983)*.

National Coalition of Arts Therapies Associations (1998): "Musicoterapia é a utilização da música como um instrumento terapêutico criativo e estruturado para promover e manter as habilidades nas esferas da comunicação, socialização, funcionamento e desenvolvimento motor, sensorial e dos domínios cognitivo e afetivo" (Impresso da NCATA)

National Coalition of Arts Therapies Associations (2012): "A musicoterapia é uma profissão da área da saúde na qual a música é utilizada dentro de uma relação terapêutica para abordar demandas físicas, emocionais, cognitivas e sociais de indivíduos de todas as idades. Musicoterapeutas usam estratégias musicais tanto instrumentais como vocais para facilitar as transformações que são de natureza não musical. Após a avaliação dos recursos e necessidades de cada cliente, musicoterapeutas qualificados fornecem o tratamento indicado e participam como membros em equipes interdisciplinares para dar suporte a um vasto continuum de resultados". Retirado em 12 de novembro de 2012, em http://www/ncata.org/music_therapy.html

Netherlands Association for Music Therapy (2009): "Musicoterapia é um forma metódica de assistência com meios musicais dentro de uma relação terapêutica [visando] transformação, desenvolvimento, estabilização ou aceitação na área emocional, comportamental, cognitiva, social o física". Retirado em 12 de novembro de 2012, em http://www.nvvmt.nl/index.php/muziektherapie.html

New Zealand Society for Music Therapy: "A música é uma ferramenta útil e ponderosa para o estabelecimento de comunicação com crianças e adultos como apoio ao aprendizado e ao re-aprendizado nas áreas física, social, intelectual e emocional. Incluem-se nessa situação a utilização da música com fins preventivos e para a reabilitação. A música assim utilizada em diferentes *settings* com crianças e adultos é considerada musicoterapia". (BRUSCIA, 1984a, p. 16).

New Zealand Society for Music Therapy: "Musicoterapia é a utilização planejada da música para apoiar necessidades identificadas em que há disfunções físicas, intelectuais, sociais ou emocionais (...) A musicoterapia é baseada na humanidade da música, envolvendo o corpo, a mente e o espírito. A musicoterapia é uma ponte para a comunicação" (MARANTO, 1993, p. 424)

New Zealand Society for Music Therapy: "Musicoterapia é o uso planificado da música para assistir a cura e o crescimento pessoal de pessoas com necessidades emocionais, intelectuais, físicas ou sociais identificadas. Os musicoterapeutas usam as qualidades especiais da música em uma relação compartilhada como seus clientes para suprir necessidades pessoas, auxiliar o aprendizado e promover a saúde e a transformação. Eles trabalham com pessoas de todas as idades e habilidades, com indivíduos e grupos e em muitos diferentes settings". Retirado em 12 de novembro de 2012, em http://www.musictherapy.org.nz/about-us/

Nishihata: O Instituto Japonês de Musicoterapia define musicoterapia como "uma disciplina dedicada a melhorara a qualidade de vida através da utilização da música e suas intervenções médicas tradicionais estruturadas pelo musicoterapeuta como ferramenta para recuperar, manter e melhorar a saúde e o bem-estar físico, mental e emocional do cliente". (MARANTO, 1993, p. 342)

Norwegian Association for Music Therapy: "A musicoterapia fornece oportunidades de desenvolvimento e transformação através de uma relação musical e interpessoal entre terapeuta e cliente. O processo é muitas vezes orientado a recursos e focado nos alvos específicos de promoção de saúde, tratamento, reabilitação e cuidado. A música pode criar novas oportunidades

para comunicação e expressão pessoal e trabalhar questões sociais. Como campo de estudo, a musicoterapia é entendida como o estudo das relações entre música e saúde. Quem pode beneficiar-se da musicoterapia? Crianças, jovens, adultos e idosos enfrentando dificuldades de saúde mental, com desafios para seu desenvolvimento e déficits de aprendizado, pessoas com dificuldades relacionadas à idade como demência, mal de Parkinson e derrame, pessoas que abusam de substâncias, lesões cerebrais, deficiências físicas e outras questões físicas e psicológicas". Retirado em 12 de novembro de 2012, em http://www.musikkterapi.no/hva_er_mus/

Odell: "Musicoterapia no campo da saúde mental é a utilização da música para possibilitar meios alternativos de expressão e comunicação em situações em que as palavras não são necessariamente o modo mais eficiente de alcançar os objetivos terapêuticos do cliente. A perseguição desses objetivos é trabalhada através de uma relação que se desenvolve entre o cliente e o terapeuta com o fazer musical como o meio primário (...) Alguns dos objetivos mais frequentes em musicoterapia são: estimular a motivação; criar um ambiente para a exploração de sentimentos; desenvolver habilidades sociais, a autoconsciência e a consciência do outro; e, estimular o movimento através da improvisação e do fazer musical espontâneo" (1988, p. 52)

Orff: "A musicoterapia de Orff é uma terapia multi-sensorial. A utilização do material musical – fala rítmico-fonética, ritmos métricos e livres, melodias faladas e cantadas, o manuseio de instrumentos – é organizado de forma que atinja todos os sentidos (...)". (1980, p. 9)

Paul: "Musicoterapia é uma ciência comportamental e uma experiência estética que utiliza a música como ferramenta para produzir transformações positivas no comportamento humano. Essas transformações podem ser educacionais, sociais, emocionais ou da esfera da reabilitação" (1982, p. 3)

Peters: Musicoterapia é "a utilização prescrita e estruturada da música ou de atividades musicais sob a direção de pessoal especialmente treinado (isto é, musicoterapeutas) para promover transformações nas condições de inadaptação ou nos padrões de comportamento, ajudando os clientes a alcançarem os objetivos terapêuticos". (1987, p.5)

Plach: Musicoterapia de grupo é "a utilização da música ou de atividades musicais como estímulo para promover novos comportamentos e explorar os objetivos individuais ou grupais predeterminados em um *setting* grupal" (1980, p. 4). As vantagens de utilizar a música decorrem de sua capacidade de: evocar sentimentos, fornecer um veículo para a expressão, estimular a verbalização e prover um ponto de partida comum.

Polit: "Musicoterapia humanista refere-se ao espaço psicoterapêutico em que o desenvolvimento pessoal e transpessoal da pessoa são facilitados pelo som e pela música, utilizando uma abordagem que enfatiza o respeito, a aceitação, a empatia e a harmonia. O modelo holístico tem uma interrelação implícita entre o som e todo o ser humano, isto é, seus componentes físico, mental, emocional e espiritual" (1993, p. 366)

Prelude Music Therapy: "Musicoterapia é o uso prescrito da música e das relações que se desenvolvem através das experiências musicais compartilhadas, para assistir ou motivar uma pessoa em direção a metas específicas e não musicais. Os musicoterapeutas usam seu treinamento como músicos, clínicos e pesquisadores para efetuar transformações nas habilidades cognitivas, físicas, comunicacionais, sociais e emocionais. Os musicoterapeutas trabalham em uma variedade de settings, incluindo instituições educacionais, médicas, psiquiátricas, de repouso e gerontológicas". Retirado de http://www.preludemusictherapy.com/musictx.html

Priestley: “Musicoterapia Analítica é a utilização simbólica da música improvisada pelo musicoterapeuta e pelo cliente para explorar o mundo interno do cliente e criar condições para o crescimento. Não se trata de aula, psicanálise ou terapia mágica que permite ao terapeuta e ao cliente transcenderem todos os problemas. É uma forma de tratamento como qualquer outra que possui seus próprios limites e contraindicações”. (1980, p. 6-7)

Prinou: Na Grécia, a musicoterapia é definida de vários modos, tais como: “a utilização da música como instrumento terapêutico (...) uma atividade psicoterapêutica envolvendo música e atividades verbais para aumentar a autoconsciência através do subconsciente, guiando o paciente para comportamentos compatíveis com suas necessidades (...) uma ferramenta psicoterapêutica e educacional utilizada para revelar capacidades e status intelectual não desenvolvidos pelo paciente e para facilitar o pensamento racional. Através das intervenções educacionais e psicoterapêuticas a personalidade do paciente é abordada (...) na definição da associação grega, tanto a música quanto a terapia são definidas em função de seu papel específico na musicoterapia. A terapia é apoiada por sons e pela música de todos os tipos: 1) para aliviar a dor física ou psicológica do paciente, 2) para levar o paciente a uma relação mais harmoniosa consigo e com o ambiente e 3) para dar ao paciente, através da educação musical, uma maior consciência pessoal para revelar suas capacidades ocultas” (1993, p. 240-241).

Procter: “Musicoterapia pode ser descrito como um musicoterapeuta envolvendo outra pessoa ou pessoas em alguma forma de musicalização com a finalidade de aprimorar sua qualidade de vida – assim incluindo saúde, bem-estar e resultados educacionais” (2011, p. 246).

Rudenberg: Musicoterapia “é a utilização da música e de atividades com ela correlacionadas sob a supervisão de indivíduos profissionalmente treinados (isto é, musicoterapeutas) para ajudar um cliente ou paciente a alcançar um objetivo terapêutico predeterminado” (1982, p. 1)

Ruud (2010): Musicoterapia é “o uso da música para dar às pessoas novas possibilidades de ação” (p. 124).

Schmolz: “(...) levando em consideração a psicopatologia e o nível da personalidade do cliente, a musicoterapia visa transformar e/ou influenciar certos aspectos da personalidade diretamente através de meios musicais como parte integrante de um plano múltiplo de tratamento médico e/ou de educação especial. Essa musicoterapia integrada (nunca é realizada isoladamente) enriquece as possibilidades terapêuticas não-verbais tanto em nível individual quanto grupal” (BRUSCIA, 1984a, p. 17)

Schomer: “A musicoterapia pode ser definida como a aplicação da música para produzir uma condição de bem-estar no indivíduo” (1973, p. 95).

Sekeles: Musicoterapia é “a utilização direta do som e da música para: apoiar a observação diagnóstica através de ferramentas específicas; facilitar transformações significativas no organismo humano e melhorar as condições fisiológicas e psicológicas; desenvolver a expressão musical, que, presumivelmente, é essencial para uma vida saudável” (BRUSCIA, 1985, p. 10).

Sekeles: “Uma profissão que utiliza o potencial terapêutico inerente aos componentes musicais (frequência, duração, intensidade, timbre) e à música como uma forma artística complexa visando a preservar as capacidades saudáveis do paciente, a promover mudança e desenvolvimento benéficos e a capacitar a aquisição de uma melhor qualidade de vida” (MARANTO, 1993, p. 306).

Silva: “Musicoterapia é uma coleção de técnicas e procedimentos que utilizam o som e a música como meio para facilitar relações que permitam o crescimento do paciente como uma pessoa que está

modificando seus aspectos físicos, emocionais e mentais” (MARANTO, 1993, p. 104).

South African Institute: Musicoterapia é “a utilização planejada da música para produzir efeitos terapêuticos” (BRUSCIA, 1984a, p. 18).

Southeastern Pennsylvania Music Therapy Supervisors: “Musicoterapia é o processo pelo qua los elementos da experiência musical são aplicados de forma sistemática e finalística para estabelecer, modificar ou melhorar funções cognitivas, emocionais, físicas e sociais específicas, cruciais para o desenvolvimento do indivíduo atípico” (“*Standards of Practice*”).

Steele: “Musicoterapia, tal como praticada nas instituições, é a estruturação do aprendizado e da participação de experiências musicais visando modificar padrões de comportamento inadequados e processos de aprendizagem ineficientes. A música é utilizada na terapia como um reforço, como um estímulo auditivo extra, como uma experiência de aprendizagem musical e para proporcionar oportunidade para a modificação do comportamento não musical” (1977, p. 102-103).

Stige (2002): “A musicoterapia como prática profissional é a musicalização da saúde num processo planejado de colaboração entre cliente e terapeuta” (p. 200).

Swedish Assiciation for Music Therapy: Musicoterapia é “a utilização da música em *settings* terapêuticos e educacionais para oferecer possibilidades de desenvolvimento aos indivíduos com deficiências psíquicas, físicas e sociais” (BRUSCIA, 1984a, p. 17).

Uruguayan Association for Music Therapy: Musicoterapia “é uma carreira paramédica de princípios científicos que compreende não somente aspectos terapêuticos mas também profiláticos e diagnósticos. Nesse processo temos o paciente e o musicoterapeuta em uma determinada situação com uma estrutura fixa em que existe um integração dinâmica por meio de estímulos sonoros. O musicoterapeuta, trabalhando com um grupo, utiliza os estímulos sonoros musicais para estimular os pacientes com problemas físicos, psíquicos ou psicossomáticos e observa as transformações no que ele faz, fala ou expressa por outros meios. O paciente responde aos estímulos sonoros e reage ao nível do movimento, da comunicação, do comportamento, da emoção e do organismo. O papel do musicoterapeuta é empregar um estímulo sonoro para estimular as respostas em uma dada situação que tende a produzir transformações no comportamento do paciente que o tornará apto a se integrar em seu próprio ambiente” (BRUSCIA, 1984a, p. 15)

Wigram (2002): Musicoterapia é “o uso da música em situações clínicas, educacionais e sociais para tratar clientes ou pacientes com demandas médicas, educacionais, sociais ou psicológicas” (p. 29).

Wikipedia: “Musicoterapia é uma profissão do ramo da saúde e uma das terapias expressivas que consiste em um processo interpessoal no qual um musicoterapeuta formado utiliza a música e todas as suas facetas – físicas, emocionais, mentais, sociais, estéticas e espirituais – para ajudar clientes a aprimorarem ou manterem sua saúde. Os musicoterapeutas primariamente ajudam os clientes a otimizarem sua saúde em diferentes domínios (p. ex., funcionalidade cognitiva, habilidades motoras, desenvolvimento emocional e afetivo, habilidades comportamentais e sociais e qualidade de vida) ao utilizar experiências musicais (p. ex., improvisação livre, canto, composição de canções, escutar e discutir músicas, movimento e música) para alcançar as metas e objetivos do tratamento. É considerada tanto um arte como uma ciência, com literatura de pesquisas qualitativas e qualitativas incorporando áreas tais como terapia clínica, biomusicologia, acústica musical, teoria musical, psicoacústica, cognição musical corporal, estética musical e musicologia comparada. Encaminhamentos para musicoterapia podem ser feitos por outros profissionais de saúde tais como médicos, psicólogos, fisioterapeutas e terapeutas

ocupacionais. Os clientes podem também escolher procurar um musicoterapeuta sem encaminhamento (i. e., auto-encaminhamento)". Retirado em 16 de novembro de 2012, em http://en.wikipedia.org/wiki/Music_therapy

World Federation of Music Therapy: "Musicoterapia é a utilização da música e/ou dos elementos musicais (som, ritmo, melodia, harmonia) pelo musicoterapeuta e pelo cliente ou grupo, em um processo estruturado para facilitar e promover a comunicação, o relacionamento, a aprendizagem, a mobilização, a expressão e a organização (física, emocional, mental, social e cognitiva) para desenvolver potenciais e desenvolver ou recuperar funções do indivíduo de forma que ele possa alcançar melhor integração intra e interpessoal e consequentemente uma melhor qualidade de vida (RUUD, 1998, p. 53).

World Federation of Music Therapy (2011): "Musicoterapia é a utilização profissional da música e de seus elementos como uma intervenção médica, educacional ou cotidiana em indivíduos, grupos, famílias ou comunidades que buscam otimizar sua qualidade de vida e aprimorar sua saúde e bem-estar físico, social, comunicativo, emocional, intelectual e espiritual. A formação em pesquisa, prática, educação e clínica em musicoterapia é baseada nos padrões profissionais de acordo com contextos culturais, sociais e políticos". Retirado em 12 de novembro de 2012, em http://wwwlmusictherapyworld.net/WFMT/FAQ

Yamamatsu: "Psicoterapia pela música – a musicoterapia poderia ser primariamente parte da atividade educacional e não do serviço médico: seu objetivo é revelar e cultivar os potenciais do cliente, e não curar uma doença. Em outras palavras, ela deveria tentar liberar a autoexpressão dos clientes" (BRUSCIA, 1984a, 15)

REFERÊNCIAS

Aasgard, T. (2004). A pied piper among white coats and infusion pumps: Community music therapy in a paediatric hospital setting. In. M. Pavlicevic & G. Ansdell (Eds.), *Community music therapy* (pp. 147–163). Philadelphia: Jessica Kingsley.

Abbott, E. (2008). *Facilitating Guided Imagery and Music (GIM): What therapists intend, experience, and do*. Doctoral dissertation, Temple University. ProQuest, UMI Dissertation Publishing, 3326301.

Abrams, B. (2002). Transpersonal dimensions of the Bonny Method. In K. Bruscia & D. Grocke (Eds.), *Guided Imagery and Music (GIM): The Bonny method and beyond* (pp. 339– 358). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Abrams, B. (2012). A relationship-based theory of music therapy: Understanding processes and goals as being-together-musically. In K. Bruscia (Ed.), *Readings on music therapy theory*. University Park, IL: Barcelona Publishers. www.barcelonapublishers.com

Adamek, M., & Darrow, A. (2010). *Music in special education*. Silver Spring, MD: American Music Therapy Association.

Agrotou, A. (1993a). Spontaneous ritualised play in music therapy: A technical and theoretical analysis. In M. Heal & T. Wigram (Eds.), *Music therapy in health and education* (pp. 175–192). London: Jessica Kingsley Publishers.

Agrotou, A. (1993b). Music therapy in Cyprus. In C. Maranto (Ed.), *Music therapy: International perspectives* (pp. 183–196). Pipersville, PA: Jeffrey Books.

Aigen, K. (1990). Echoes of silence. *Music Therapy: Journal of the American Association for Music Therapy*, *9*(1), 44–61.

Aigen, K. (1991a). The voice of the forest: A conception of music for music therapy. *Music Therapy: Journal of the American Association for Music Therapy*, *10*(1), 77–98.

Aigen, K. (1991b). Creative fantasy, music, and lyric improvisation with a gifted, acting-out boy. In K. Bruscia (Ed.), *Case studies in music therapy*, (pp. 109–126). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Aigen, K. (1991c). *The roots of music therapy: Towards an indigenous research paradigm*. Unpublished doctoral dissertation, New York University (University Microfilms No. 9134717).

Aigen, K. (1995a). An aesthetic foundation of clinical theory: an underlying basis of creative music therapy. In C. Kenny (Ed.), *Listening, playing, creating: Essays on the power of sound* (pp. 233–257). Albany, NY: State University of New York.

Aigen, K. (1995b). Philosophical inquiry. In B. Wheeler (Ed.), *Music therapy research: Quantitative and qualitative perspectives* (pp. 447–484). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Aigen, K. (1996a). *Being in music: Foundations of Nordoff-Robbins music therapy*. St. Louis, MO: MMB Music.

Aigen, K. (1996b, April). Thoughts on Nordoff-Robbins music therapy, music psychotherapy, and psychotherapy. *International Association of Nordoff-Robbins Music Therapists Newsletter*, 8–12.

Aigen, K. (1998). *Paths of development in Nordoff-Robbins music therapy*. University Park, IL: Barcelona Publishers.

Aigen, K. (2003). *Music-centered music therapy*. University Park, IL: Barcelona Publishers.

Akombo, D. (2009). Music and healing during post-election violence in Kenya. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, *9*(2).

Aldridge, D. (1989). A phenomenological comparison of the organization of music and the self. *The Arts in Psychotherapy*, *16*(1), 91–97.

Aldridge, D. (1996). *Music therapy research and practice in medicine*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Allen, J. (Ed.). (2013). *Guidelines for music therapy practice in adult medical care* (pp. 35–61). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Alley, J. (1977). Education for the severely handicapped: The role of music therapy. *Journal of Music Therapy*, *14*(2), 50–59.

Alley, J. (1979). Music in the IEP: Therapy-education. *Journal of Music Therapy*, *16*(3), 111–127.

Allison, D. (1988). Personal communication.

Allison, D. (1991). Music therapy at childbirth. In K. Bruscia (Ed.), *Case studies in music therapy* (pp. 529–546). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Alvin, J. (1975). *Music therapy* (Revised paperback ed.). London: John Clare Books.

Alvin, J. (1976). *Music for the handicapped child*. New York: Oxford University Press.

Alvin, J. (1978). *Music therapy for the autistic child*. New York: Oxford University Press.

American Music Therapy Association (AMTA). (2008). *AMTA professional competencies*. Retrieved September 29, 2013, from http://www.musictherapy.org/about/competencies/

American Music Therapy Association (AMTA). (n.d.). *Music therapy in response to crisis and trauma*. Retrieved December, 22, 2013, from http://www.musictherapy.org/research/factsheets/

Amir, D. (1996a). Experiencing music therapy: Meaningful moments in the music therapy process. In M. Langenberg, K. Aigen, & J. Frommer (Eds.), *Qualitative music therapy research: Beginning dialogues* (pp. 109–130). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Amir, D. (1996b). Music therapy—holistic model. *Music Therapy: Journal of the American Association for Music Therapy*, *14*(1), 44–60.

Anderson, F., Colchado, J., & McAnally, P. (1979). *Art for the handicapped*. Normal, IL: Illinois State University.

Ansdell, G. (1996, April). An Open Letter to Ken Aigen. *International Association of Nordoff- Robbins Music Therapists Newsletter* (pp. 5–7). New York: International Association for Nordoff-Robbins Music Therapists.

Ansdell, G. (2003). The stories we tell: Some meta-theoretical reflections on music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, *12*(2), 152–159.

Ansdell, G. (2005). *Music for life: Aspects of creative music therapy with adult clients*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Association for Professional Music Therapists in Great Britain (APMT) (1982). *A career in music therapy*. Cambridge, England: Author.

Austin, D. (1996). The role of improvised music in psychodynamic music therapy. *Music Therapy: Journal of the American Association for Music Therapy*, *14*(1), 29–43.

Australian Music Therapy Association (AMTA). (1984). Music therapy definition. In K. Bruscia (Ed.), *International Newsletter of Music Therapy, 2*(16). New York: American Association for Music Therapy.

Austrian Association of Professional Music Therapists. (1986). Brochure on Music Therapy.

Bailey, L. (1983). The effects of live music versus tape-recorded music on hospitalized cancer patients. *Music Therapy: Journal of the American Association for Music Therapy, 3*(1), 17–28.

Bailey, L. (1984). The use of songs in music therapy with cancer patients and their families. *Music Therapy: Journal of the American Association for Music Therapy, 4*(1), 5–17.

Baines, S. (2013). Music therapy as an anti-oppressive practice. *The Arts in Psychotherapy, 40*, 1–5.

Bang, C. (1986). A world of sound and music: Music therapy and musical speech therapy with hearing-impaired and multiple-handicapped children. In E. Ruud (Ed.), *Music and health* (pp. 19–36). Oslo, Norway: Norsk Musikforlag.

Barcellos, L. (1982). *Music as a therapeutic element*. Paper presented at the First International Symposium on Music and Man. New York University, June 1982, New York City.

Barrickman, J. (1990). A developmental music therapy approach for preschool hospitalized children. *Music Therapy Perspectives, 7*, 10–16.

Bartram, P. (1991). Improvisation and play in the therapeutic engagement of a five-year-old boy with physical and interpersonal problems. In K. Bruscia (Ed.), *Case studies in music therapy* (pp. 137–152). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Batcheller, J., & Monsour, S. (1983). *Music in recreation and leisure* (2nd ed.). Dubuque, IA: W.C. Brown.

Bateson, G. (1980). *Mind and nature: A necessary unity*. Fort Collins, CO: Fontana.

Beaulieu, J. (1987). *Music and sound in the healing arts*. Barrytown, NY: Station Hill Press.

Beer, L. (1990). Music therapy: Sounding your myth. *Music Therapy: Journal of the American Association for Music Therapy, 9*(1), 35–43.

Beggs, C. (1991). Life review with a palliative care patient. In K. Bruscia (Ed.), *Case studies in music therapy* (pp. 611–616). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Benenzon, R. (1981). *Music therapy manual*. Springfield, IL: Charles C Thomas Publishers.

Berendt, J. (1983). *Nada Brahma: The world is sound*. Rochester, VT: Destiny Books.

Berio, L., Dalmonte, R., & Varga, B. (1985). *Two interviews*. Translated and edited by David Osmond-Smith. New York: Marion Boyars.

Birnbaum, J. (2013). *Healing childhood trauma through music and play: Nordoff and Robbins monograph series* (Vol. 6). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Bitcon, C. (1976). *Alike and different: The clinical and educational uses of Orff-Schulwerk*. University Park, IL: Barcelona Publishers.

Bloch, S. (1982). *What is psychotherapy?* New York: Oxford University.

Bohm, D. (1980). *Wholeness and the implicate order*. London: Routledge & Kegan Paul.

Bonny, H. (1978). *Facilitating GIM sessions*. (First monograph). Salina, KS: Bonny Foundation for Music-centered Therapies.

Bonny, H. (1986). Music and healing. *Music Therapy: Journal of the American Association for Music Therapy*, 6A(1), 3–12.

Bonny, H., & Savary, L. (1973). *Music and your mind*. New York: Harper Row.

Boone, P. (1991). Composition, improvisation, and poetry in the psychiatric treatment of a forensic patient. In K. Bruscia (Ed.), *Case studies in music therapy* (pp. 433–450). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Borczon, R. (1997). *Music therapy: Group vignettes*. University Park, IL: Barcelona Publishers.

Borczon, R. (2013). Survivors of catastrophic event trauma. In L. Eyre (Ed.), *Guidelines for music therapy practice in mental health care* (pp. 237–262). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Bosco, F. (1997). Sensing and resonating with pain: A process-oriented approach to focusing the body/mind using music therapy. In J. Loewy (Ed.), *Music therapy and pediatric pain* (pp. 7–22). Cherry Hill, NJ: Jeffrey Books.

Bosco, F. (2011). The use of elemental music alignment in the journey from singer to healer/therapist. In A. Meadows (Ed.), *Developments in music therapy practice: Case study perspective* (pp. 470–485). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Bowers, J. (1998). Effects of an intergenerational choir for community-based seniors and college students on age-related attitudes. *Journal of Music Therapy*, *35*(1), 2–18.

Boxill, E. (1985). *Music therapy for the developmentally disabled*. Rockville, MD: Aspen Systems.

Boxill, E. (1988). Continuing notes: Worldwide networking for peace. *Music Therapy: Journal of the American Association for Music Therapy, 7*(1), 80–81.

Boxill, E. (1989). Continuing notes: Having courage to act. *Music Therapy: Journal of the American Association for Music Therapy, 8*(1), 133–136.

Boxill, E. (1997). *The miracle of music therapy*. University Park, IL: Barcelona Publishers.

Boyce-Tillman, J. (2000). *Constructing musical healing: The wounds that heal*. Philadelphia, PA: Jessica Kingsley.

Briggs, C. (1991). A model for understanding musical development. *Music Therapy: Journal of the American Association for Music Therapy, 10*(1), 1–21.

Bright, R. (1972). *Music in geriatric care*. New York: Musicgraphics.

Bright, R. (1981). *Practical planning in music therapy for the aged*. New York: Musicgraphics.

Bright, R. (1993). Cultural aspects of music in therapy. In M. Heal & T. Wigram (Eds.), *Music therapy in health and education* (pp. 193–207). London: Jessica Kingsley Publishers.

Brodsky, W. (1991). A personal perspective of the power of music and mass communication, prior to and during the Gulf War crisis in Israel: Implications for music therapy. *Music Therapy: Journal of the American Association for Music Therapy, 10*(1), 99–113.

Brooks, D. (2013). Professional burnout. In L. Eyre (Ed.), *Guidelines for music therapy practice in mental health care* (pp. 767–796). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Broucek, M. (1987). Beyond healing to “whole-ing”: A voice for the deinstitutionalization of music therapy. *Music Therapy: Journal of the American Association for Music Therapy, 6*(2), 50–58.

Bruscia, K. (1984a). *International newsletter of music therapy* (Vol. 2). New York: American Association for Music Therapy.

Bruscia, K. (1984b). *Are We Losing our Identity as Music Therapists?* Paper presented at the annual conference of the Mid-Atlantic Region of the National Association for Music Therapy, April 5, 1984, Philadelphia, PA.

Bruscia, K. (Ed.) (1985). *International newsletter of music therapy* (Vol. 3). Springfield, NJ: American Association for Music Therapy.

Bruscia, K. (1986a). *Music therapy brief*. Philadelphia: Temple University, Esther Boyer College of Music.

Bruscia, K. (1986b). Advanced competencies in music therapy. *Music Therapy: Journal of the American Association for Music Therapy, 6A*(1), 57–67.

Bruscia, K. (1987a). *Improvisational models of music therapy*. Springfield, IL: Charles C Thomas Publishers.

Bruscia, K. (1987b). Professional identity issues in music therapy education. In C. Maranto & K. Bruscia (Eds.), *Perspectives on music therapy education and training*. Philadelphia, PA: Temple University, Esther Boyer College of Music.

Bruscia, K. (1988a). Songs in Psychotherapy. *Proceedings of the Fourteenth National Conference of the Australian Music Therapy Association* (pp. 1–4). Melbourne, Australia.

Bruscia, K. (1988b). Perspective: Standards for clinical assessment in the arts therapies. *The Arts in Psychotherapy, 15*(1), 5–10.

Bruscia, K. (1989). *Defining music therapy*. University Park, IL: Barcelona Publishers.

Bruscia, K. (Ed.). (1991a). *Case studies in music therapy*. University Park, IL: Barcelona Publishers.

Bruscia, K. (1991b). Musical origins: Developmental foundations for therapy. *Proceedings of the Eighteenth Annual Conference of the Canadian Association for Music Therapy* (pp. 2–10). Regina, SK: Canadian Association for Music Therapy.

Bruscia, K. (1992). Visits from the other side: Healing persons with AIDS though Guided Imagery and Music. In D. Campbell (Ed.), *Music and miracles* (pp. 195–207). Wheaton, IL: Quest Books.

Bruscia, K. (1995). Modes of consciousness in Guided Imagery and Music (GIM): A therapist’s experience of the guiding process. In C. Kenny (Ed.), *Listening, playing, creating: Essays on the power of sound* (pp. 163–197). Albany, NY: State University of New York.

Bruscia, K. (1996a). Authenticity issues in qualitative research. In M. Langenberg, K. Aigen, & J. Frommer (Eds.), *Qualitative music therapy research: Beginning dialogues*, (pp. 81–108). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Bruscia, K. (1996b). Daedalus and the labyrinth: A mythical research fantasy. In M. Langenberg, K. Aigen, & J. Frommer (Eds.), *Qualitative music therapy research: Beginning dialogues* (pp. 205–212). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Bruscia, K. (1998a). *Defining music therapy* (2nd ed.). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Bruscia, K. (Ed.). (1998b). *The dynamics of music psychotherapy*. University Park, IL: Barcelona Publishers.

Bruscia, K. (1998c). Standards of integrity for qualitative music therapy research. *Journal of Music Therapy*, *35 (3)*176-200.

Bruscia, K. (2000). The nature of meaning in music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy, 9*(2), 84–96.

Bruscia, K. (2011). *Ways of thinking in music therapy*. Paper presented at the 2011 conference of the American Music Therapy Association, Atlanta, GA. Podcast available at musictherapy.org

Bruscia, K. (Ed.). (2013a). *Case examples in improvisational music therapy*. University Park, IL: Barcelona Publishers.

Bruscia, K. (Ed.) (2013b). *Case examples in Guided Imagery and Music (GIM)*. University Park, IL: Barcelona Publishers.

Bruscia, K., Hesser, B., & Boxill, E. (1981). Essential competencies for the practice of music therapy. *Music Therapy: Journal of the American Association for Music Therapy, 1*(1), 43–49.

Bruscia, K., & Maranto, C. (1985). *The projective musical stories of child molesters and rapists*. Paper presented at the first conference of the National Coalition of Arts Therapy Associations, November 5, 1985, New York City.

Bunt, L. (1994). *Music therapy: An art beyond words*. New York: Routledge.

Burke, K. (1991). Music therapy in working through a preschooler's grief. In K. Bruscia (Ed.), *Case studies in music therapy* (pp. 127–136). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Campbell, D. (1989). *The roar of silence: Healing powers of breath, tone and music*. Wheaton, IL: Quest Books.

Campbell, D. (1991). *Music: Physician for times to come*. Wheaton, IL: Quest Books.

Canadian Association for Music Therapy (CAMT). (n.d.). *About music therapy*. Association pamphlet.

Carmichael, K. (1997). Music in play therapy: Playing my feelings. *International Journal of Play Therapy, 6*(1), 63–72.

Carter, S. (1982). *Music therapy for handicapped children: Mentally retarded*. Washington, DC: National Association for Music Therapy.

Cassity, M. (1977). Nontraditional guitar techniques for the educable and trainable mentally retarded residents in music therapy activities. *Journal of Music Therapy, 14*(1), 39–42.

Chesky, K., & Michel, D. (1991). The music vibration table (MVT): Developing a technology and conceptual model for pain relief. *Music Therapy Perspectives, 9*(1), 32–38.

Chetta, H. (1981). The effect of music and desensitization on preoperative anxiety in children. *Journal of Music Therapy, 18*(2), 74–87.

Christenberry, E. (1979). The use of music therapy with burn patients. *Journal of Music Therapy, 16*(3), 138–148.

Claeys, M., Miller, A., Dalloul-Rampersad, R., & Kollar, M. (1989). The role of music and music therapy in the rehabilitation of traumatically brain injured clients. *Music Therapy Perspectives*, 6, 71–77.

Clair, A. (1991). Music therapy for a severely regressed person with a probable diagnosis of Alzheimer's disease. In K. Bruscia (Ed.), *Case studies in music therapy* (pp. 571–580). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Clark, M. (1987). The institute for music and imagery training program for Guided Imagery and Music. In C. Maranto & K. Bruscia (Eds.), *Perspectives on music therapy education and training* (pp. 191–194). Philadelphia: Temple University, Esther Boyer College of Music.

Clark, M. (1991). Emergence of the adult self in Guided Imagery and Music (GIM) therapy. In K. Bruscia (Ed.), *Case studies in music therapy* (pp. 321–332). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Clark-Schock, K., Turner, Y., & Bovee, T. (1988). A multidisciplinary psychiatric assessment: the introductory group. *The Arts in Psychotherapy, 15*(1), 79–82.

Clement-Cortes, A. (2013). Adults in palliative/hospice care. In J. Allen (Ed.), *Guidelines for music therapy practice in adult medical care* (pp. 295–346). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Clifton, T. (1983). *Music as heard: A study in applied phenomenology*. New Haven: Yale University Press.

Clynes, M. (1985). On music and healing. In R. Spintge & R. Droh, *Music in medicine: 2nd international symposium* (pp. 3–23). Basel, Switzerland: Editiones "Roche."

Codding, P. (1982). *Music therapy for handicapped children: Visually impaired*. Washington, DC: National Association for Music Therapy.

Colon, R. (1984). Music therapy definition. In K. Bruscia (Ed.), *International newsletter of music therapy, 2*, 15–16. New York: American Association for Music Therapy.

Colwell, C. (1994). Therapeutic applications of music in the whole language kindergarten. *Journal of Music Therapy, 31*(4), 238–247.

Couture, J., Severence, E., & Kyler-Hutchinson, P. (1993). *Cultural sensitivity and the therapeutic process: The use of music to help accept differences*. Paper presented at the Joint North American Conference of Music Therapy, Toronto, Ontario (Abstract of Sessions, p. 149).

Crowe, B. (2004). *Music and soul-making: Toward a new theory of music therapy*. Oxford, UK: Scarecrow Press.

Curtis, S. (2011). Music therapy and the symphony: A university-community collaborative project in palliative care. *Music and Medicine*, 3(11), 220–226.

Curtis, S. (2013). Women survivors of abuse and developmental trauma. In L. Eyre (Ed.), *Guidelines for music therapy practice in mental health care* (pp. 263–288). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Curtis, S., & Mercado, C. (2004). Community music therapy for citizens with developmental disabilities. *Voices: A world forum for music therapy, 4*(3).

Darrow, A., & Cohen, N. (1991). The effect of programmed pitch practice and private instruction on the vocal reproduction accuracy of hearing-impaired children: Two case studies. In K. Bruscia (Ed.), *Case studies in music therapy* (pp. 191–206). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Darrow, A., Johnson, C., & Ollenberger, M. (1994). The effect of participation in an intergenerational

choir on teens' and older persons' cross-age attitudes. *Journal of Music Therapy, 31*(2), 119–134.

DeBacker, J., & Peuskens, J. (1993). Music therapy in Belgium. In C. Maranto (Ed.), *Music therapy: International perspectives* (pp. 89–102). Pipersville, PA: Jeffrey Books.

Decuir, A. (1991). Trends in music and family therapy. *Arts in Psychotherapy, 18*(3), 195–200.

DelCampo, P. (1993). Music therapy in Spain (Part 2). In C. Maranto (Ed.), *Music therapy: International perspectives* (pp. 546–556). Pipersville, PA: Jeffrey Books.

De l'Etoile, S. (2010). Neurologic music therapy: A scientific paradigm for clinical practice. *Music and Medicine, 2*(2), 78–84.

Diamond, J. (1981). *The life energy in music* (Vol. 1). Valley Cottage, NY: Archaeus Press.

Diamond J. (1983). *The life energy in music* (Vol. 3). Valley Cottage, NY: Archaeus Press.

Diaz de Chumaceiro, C. (1998a). Unconsciously induced song recall: A historical perspective. In K. Bruscia (Ed.), *The dynamics of music psychotherapy* (pp. 335–364). University Park, IL: Barcelona Publishers

Diaz de Chumaceiro, C. (1998b). Consciously induced song recall: Transference-countertransference implications. In K. Bruscia (Ed.), *The dynamics of music psychotherapy* (pp. 365–386). University Park, IL: Barcelona Publishers.

DiFranco, G., & Perilli, G. (1993). Music therapy in Italy. In C. Maranto (Ed.), *Music therapy: International perspectives* (pp. 321–339). Pipersville, PA: Jeffrey Books.

Dileo, C. (1997). Reflections on medical music therapy: Biopsychosocial perspectives on the treatment process. In J. Loewy (Ed.), *Music therapy and pediatric pain* (pp. 125–144). Cherry Hill, NJ: Jeffrey Books.

Dileo, C. (1999). Introduction. In C. Dileo (Ed.), *Music therapy and medicine: Theoretical and clinical applications* (pp. 3–10). Silver Spring, MD: American Music Therapy Association.

Dileo, C. (2013). A proposed model for identifying practices: A content analysis of the first four years of *Music and Medicine*. *Music and Medicine, 5*(2), 110–118.

Dileo, C., & Loewy, J. (Eds.). (2005). *Music therapy at the end of life*. Cherry Hill, NJ: Jeffrey Books.

Dileo-Maranto, C. (1991). A classification model for music and medicine. In C. Dileo- Maranto (Ed.), *Applications of music in medicine* (pp. 1–6). Washington, DC: The National Association for Music Therapy.

Dorow, L. (1975). Conditioning music and approval as new reinforcers for imitative behavior with the severely retarded. *Journal of Music Therapy, 12*(1), 30–40.

Doyle, P. (1989). The past, present and future: Like the circle, it is all one. *Music Therapy Perspectives*, 6, 78–81.

Drury, N. (1985). *Music for inner space*. San Leandro, CA: Prism Press.

Eagle, C. (1978). *Music psychology index*. Fort Worth, TX: Institute for Therapeutics Research.

Eagle, C. (1991). Steps to a theory of quantum therapy. *Music Therapy Perspectives, 9*, 56–60.

Eagle, C., & Harsh, J. (1988). Elements of pain and music: The Aio connection. *Music Therapy: Journal of the American Association for Music Therapy, 7*(1), 15–27.

Educational Facilities Laboratories. (1975). *Arts and the handicapped: An issue of access*. New York: Author.

Edwards, E. (1981). *Making music with the hearing impaired*. South Waterford, ME: Merriam Eddy.

Edwards, J. (2007). *Music: Promoting health and creating community in healthcare contexts*. Newcastle, UK: Cambridge Scholars Publishing.

Eidson, C. (1989). The effect of behavioral music therapy on the generalization of interpersonal skills from sessions to the classroom by emotionally handicapped middle school students. *Journal of Music Therapy*, 26(4), 206–221.

Eifert, G., Craill, L., Carey, E., & O'Connor, C. (1988). Affect modification through evaluative conditioning with music. *Behavioral Research Therapy, 26*(1), 1–10.

Elliott, B., et al. (1982). *Guide to the selection of musical instruments with respect to physical ability and disability*. Philadelphia, PA: Kardon Institute.

Elliott, D. (1995). *Music Matters: A new philosophy of music education*. New York: Oxford University Press.

Ellis, A. (1981). The use of rational humorous songs in psychotherapy. *Academy of Psychotherapists*, 16(4), 29–36.

Erdonmez, C. (1991). Rehabilitation of piano performance skills following a left cerebral vascular accident. In K. Bruscia (Ed.), *Case studies in music therapy* (pp. 561–570). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Fagen, T. (1982). Music therapy in the treatment of anxiety and fear in terminal pediatric patients. *Music Therapy: Journal of the American Association for Music Therapy, 2*(1), 13–24.

Fischer, R. (1991). Original song drawings in the treatment of a developmentally disabled, autistic adult. In K. Bruscia (Ed.), *Case studies in music therapy* (pp. 359–372). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Fleshman, B., & Fryear, J. (1981). *The arts in therapy*. Chicago: Nelson-Hall.

Forinash, M., & Robbins, C. (1991). A time paradigm: Time as a multilevel phenomenon in music therapy. *Music Therapy: Journal of the American Association for Music Therapy, 10*(1), 46–57.

Forinash, M. (1992). A phenomenological analysis of Nordoff-Robbins approach to music therapy: The lived experience of clinical improvisation. *Music Therapy: Journal of the American Association for Music Therapy, 11*(1), 120–141.

Free, K., Tuerk, J., & Tinkleman, J. (1986). Expression of transitional relatedness in art, music, and verbal psychotherapies. *The Arts in Psychotherapy, 13*(3), 197–214.

Frego, R. (1995). Uniting the generations with music programs. *Music Educators Journal, 81*(6), 17–19.

French Association for Music Therapy (FAMT). (1984). Music therapy definition. In K. Bruscia (Ed.), *International newsletter of music therapy* (Vol. 2, p. 16). New York: American Association for Music Therapy.

Friedlander, L. (1994). Group music psychotherapy in an inpatient psychiatric setting for children: A developmental approach. *Music Therapy Perspectives*, *12*(2), 92–103.

Froehlich, M. (1996). *Music therapy with hospitalized children: A creative arts child life approach*. Cherry Hill, NJ: Jeffrey Books.

Gardner-Gordon, J. (1993). *The healing voice: Traditional and contemporary toning, chanting and singing*. Freedom, CA: The Crossings Press.

Gardstrom, S. (1993). Partners: Intergenerational music therapy. *Music Therapy Perspectives, 11*(2), 66–67.

Garfield, L. (1987). *Sound medicine: Healing with music, voice and song*. Berkeley, CA: Celestial Arts.

Garred, R. (2006). *Music as therapy: A dialogical perspective*. University Park, IL: Barcelona Publishers.

Gaston, E. (1962). Commentary on impressional and expressional music therapists. *Bulletin of the National Association for Music Therapy, 11*(1), 1–3.

Gaston, E. (1968). Man and Music. In E. Gaston (Ed.), *Music in therapy* (pp. 7–29). New York: MacMillan.

Giles, M., Cogan, D., & Cox, C. (1991). A music and art program to promote emotional health in elementary school children. *Journal of Music Therapy, 28*(3), 135–148.

Goldberg, F., Hoss, T., & Chesna, T. (1988). Music and imagery as psychotherapy with a brain-damaged patient: A case study. *Music Therapy Perspectives, 5*, 41–45.

Goldman, J. (1992). *Healing sounds: The power of harmonics*. Rockport, MA: Element, Inc.

Gomes, G., & Leite, T. (1993). Music therapy in Portugal. In C. Maranto (Ed.), *Music therapy: International perspectives* (pp. 479–488). Pipersville, PA: Jeffrey Books.

Gouk, P. (Ed.) (2000). *Musical healing in cultural contexts*. Burlington, VT: Ashgate.

Graham, R., & Beers, A. (1980). *Teaching music to the exceptional child*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Gregoire, M., Hughes, J., Robbins, B., & Voorneveld, R. (1989). Music therapy with the gifted? A trial program. *Music Therapy Perspectives, 7*, 23–27.

Griffin, C., & Bengry-Howell, A. (2008). Ethnography. In C. Willig & W. Stainton-Rogers (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research in psychology* (pp. 14–32). London: Sage Publications.

Guaraldi, G. (1984). Music therapy definition. In K. Bruscia (Ed.), *International newsletter of music therapy* (Vol. 2, p. 16). New York: American Association for Music Therapy.

Guba, E., & Lincoln, Y. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105–117). Thousand Oaks, CA: Sage Publications

Hadsell, N. (1974). A sociological theory and approach to music therapy with adult psychiatric patients. *Journal of Music Therapy, 11*(3), 113–124.

Hadsell, N. (1993). Levels of external structure in music therapy. *Music Therapy Perspectives*, 3, 61–64.

Hahnemann University (1984). *Looking ahead, planning together: The creative arts in therapy as an integral part of treatment for the 90's*. Philadelphia: Author.

Hall, C., & Lindzey, G. (1957). *Theories of personality*. New York: John Wiley & Sons.

Halpern, S. (1978). *Tuning the human instrument*. Belmont, CA: Spectrum Research Institute.

Halpern, S. (1985). *Sound health: The music and sounds that make us whole*. San Francisco: Harper & Row Publishers.

Hamel, P. (1979). *Through music to the self*. Boulder, CO: Shambhala.

Hammel, A., & Hourigan, R. (2011). *Teaching music to students with special needs: A label-free approach*. New York: Oxford University Press.

Hanser, S. (1984). Music group psychotherapy: An evaluation model. *Music Therapy Perspectives*, *1*(4), 14–16.

Hanser, S. (1985). Music therapy and stress reduction research. *Journal of Music Therapy, 22*(4), 193–206.

Hanser, S. (1987). *Music therapist's handbook*. St. Louis, MO: Warren H. Green.

Hara, M. (2011). Expanding a care network for people with dementia and their carers through musicking: Participant observation with "Singing for the Brain." *Voices: A World Forum for Music Therapy, 11*(2). https://voices.no/index.php/voices/issue/archive

Harner, M. (1982). *The way of the shaman*. New York: Bantam Books.

Harris, C., Bradley, R., & Titus, S. (1992). A comparison of the effects of hard rock and easy listening on the frequency of observed inappropriate behaviors: Control of environmental antecedents in a large public area. *Journal of Music Therapy, 29*(1), 6–17.

Hatcher, J. (2013). Adult male survivors of abuse and developmental trauma. In L. Eyre (Ed.), *Guidelines for music therapy practice in mental health care* (pp. 289–312). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Heiderscheit, A. (2013). Spiritual practices. In L. Eyre (Ed.), *Guidelines for music therapy practice in mental health care* (pp. 873–909). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Heimlich, E. (1984). Metaphoric use of song lyrics as paraverbal communication. *Child Psychiatry and Human Development*, *14*(2), 67–75.

Henderson, H. (1991). Improvised song stories in the treatment of a thirteen-year-old sexually abused girl from the Xhosa tribe in South Africa. In K. Bruscia (Ed.), *Case studies in music therapy* (pp. 207–218). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Herman, F. (1991). The boy that nobody wanted: Creative experiences for a boy with severe emotional problems. In K. Bruscia (Ed.), *Case studies in music therapy* (pp. 99–108). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Herman, F., & Smith, J. (1988). *Accentuate the positive: Expressive arts for children with disabilities*. Toronto: Jimani Publications. Hesser, B. (1985). Advanced clinical training in music therapy. *Music Therapy: Journal of the American Association for Music Therapy, 5*(1), 66–73.

Hesser, B. (1995). The power of sound and music in therapy and healing. In C. Kenny (Ed.), *Listening, playing, creating: Essays on the power of sound* (pp. 43–50). Albany, NY: State University of New York.

Hibben, J. (1991). Group music therapy with a classroom of 6–8-year-old hyperactive learning-disabled children. In K. Bruscia (Ed.), *Case studies in music therapy* (pp. 175– 190). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Hibben, J. (1992). Music therapy in the treatment of families with young children. *Music Therapy: Journal of the American Association for Music Therapy, 11*(1), 28–44.

Hongshi, M. (1988). *Music therapy in China*. Paper presented at the annual conference of the National Association for Music Therapy. Atlanta, GA.

Houghton, B., Scovel, M., Smeltekop, R., Thaut, M., Unkefer, R., & Wilson, B. (2005). Taxonomy of

clinical music therapy programs and techniques. In R. Unkefer & M. Thaut (Eds.), *Music therapy in the treatment of adults with mental disorders: Theoretical bases and clinical interventions* (Part 3, pp. 181–206).

Houts, D. (1981). The Structured use of Music in Pastoral Psychotherapy. *Journal of Pastoral Care, 35*(3), 194–203.

Hsiao-Ying, T. S. (2011a). Stabilization music therapy model and process: 512 China Sichuan earthquake crisis interventions (Part 1 of 2). *Music and Medicine, 3*(2), 84–88.

Hsiao-Ying, T. S. (2011b). Stabilization music therapy model and process: 512 China Sichuan earthquake crisis interventions (Part 2 of 2). *Music and Medicine, 3*(2), 89–94.

Jarvis, J. (1988). Guided Imagery and Music (GIM) as a primary psychotherapeutic approach. *Music Therapy Perspectives, 5*, 69–72.

Jellison, J. (1983). Functional value as criterion for selection and prioritization of nonmusic and music educational objectives in music therapy. *Music Therapy Perspectives, 1*(2), 17–22.

Jondittir, V. (1993). Music therapy in Iceland. In C. Maranto (Ed.), *Music therapy: International perspectives* (pp. 279–303). Pipersville PA: Jeffrey Books.

Kahn, H. (1983). *The music of life*. New Lebanon, NY: Omega Press. Kahn, H. (1991). Healing with sound and music. In D. Campbell (Ed.), *Music: Physician for times to come* (pp. 317– 329). Wheaton, IL: Quest Books.

Kasayka, R. (2002). A Spiritual Orientation to the Bonny Method: To Walk The Mystical Path on Practical Feet. In K. Bruscia & D. Grocke (Eds.), *Guided Imagery and Music: The bonny method and beyond* (pp. 257–272). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Katsh, S., & Merle-Fishman, C. (1998). *The music within you*. University Park, IL: Barcelona Publishers.

Katz, S. (1993). *The peace train tour souvenir cassette* (Audio tape). Durban, South Africa: Unity Productions.

Katz, S. (2011). The peace train. *Voices: A World Forum for Music Therapy, 11*(1). https://voices.no/index.php/voices/issue/archive

Kenny, C. (1982). *The mythic artery: The magic of music therapy*. Atascadero, CA: Ridgeview Publishing Co.

Kenny, C. (1985). Music: A whole systems approach. *Music Therapy: Journal of the American Association for Music Therapy, 5*(1), 3–11.

Kenny, C. (1988). A song of peace: Dare we to dream? *Music Therapy: Journal of the American Association for Music Therapy, 7*(1), 51–55.

Kenny, C. (1989). *The field of play: A guide for the theory and practice of music therapy*. Atascadero, CA: Ridgeview Publishing.

Kenny, C. (1991). The use of musical space with an adult in psychotherapy. In K. Bruscia (Ed.), *Case studies in music therapy* (pp. 333–346). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Kenny, C., & Stige, B. (2002). *Contemporary voices in music therapy: Communication, culture, and community*. Oslo, Norway: Unipub forlag.

Kern, P. (2006). Using embedded music therapy interventions to support outdoor play of young children with autism in an inclusive, community-based child care program. *Journal of Music Therapy,*

43(4), 270–294.

Keyes, L. (1973). *Toning: The creative power of the voice*. Marina del Rey, CA: DeVorss & Co.

Kildea, C. (2007). In your own time: A collaboration between music therapy in a large pediatric hospital and a metropolitan symphony orchestra. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, *7*(2). https://voices.no/index.php/voices/issue/archive

Knill, P. (1994). Multiplicity as tradition: Theories for interdisciplinary arts therapies—an overview. *The Arts in Psychotherapy, 21*(5), 319–328.

Koelsch, S. (2013). From social contact to social cohesion—The 7 C's. *Music and Medicine, 5*(4), 204–209.

Kortegaard, H., & Pedersen, I. (1993). Music Therapy in Denmark. In C. Maranto (Ed.), *Music therapy: International perspectives* (pp. 197–209). Pipersville, PA: Jeffrey Books.

Kovach, A. (1985). Shamanism and Guided Imagery and Music: A comparison. *Journal of Music Therapy, 22*(3), 154–167.

Kowski, J. (2007). "Can you play with me?" Dealing with trauma, grief, and loss through Analytical Music Therapy and play therapy. In V. Camilleri (Ed.), *Healing the inner city child: Creative arts therapist with at-risk youth* (pp. 104–118). London: Jessica Kingsley.

Krout, R. (1983). *Teaching basic guitar skills to special learners*. St. Louis, MO: MMB Music.

Langdon, G., Pearson, J., Stastny, P., & Thorning, H. (1989). The integration of music therapy into a treatment approach in the transition of adult psychiatric patients from institution to community. *Music Therapy: Journal of the American Association for Music Therapy, 8*(1), 92–107.

Langenberg, M., Aigen, K., & Frommer, J. (1996). *Qualitative music therapy research: Beginning dialogues*. University Park, IL: Barcelona Publishers.

Lathom, W. (1980). *The role of music therapy in the education of handicapped children and youth*. Washington, DC: National Association for Music Therapy.

Lecourt, E. (1991). Off-beat music therapy. In K. Bruscia (Ed.), *Case studies in music therapy* (pp. 73–98). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Lee, C. (1995). *Lonely waters: Proceedings of the international conference, "Music therapy in palliative care*." Oxford, UK: Sobell House.

Lee, C. (1996). *Music at the edge*. New York: Routledge.

Leglar, M., & Smith, D. (2010). Community music in the United States: An overview of origins and evolution. *International Journal of Community Music*, *3*(3), 343–353.

Lehtonen, K. (1993a). Music therapy in Finland. In C. Maranto (Ed.), *Music therapy: International perspectives* (pp. 211–220). Pipersville, PA: Jeffrey Books.

Lehtonen, K. (1993b). Reflections on music therapy and developmental psychology. *Nordisk Tidsskrift for Musikkterapi*, *2*(1), 3–12.

Leonard, G. (1978). *The silent pulse*. New York: E. P. Dutton.

Levin, H., & Levin, G. (1998a). *Learning through music*. University Park, IL: Barcelona Publishers.

Levin, H., & Levin, G. (1998b). *Learning through songs*. University Park, IL: Barcelona Publishers.

Levinson, S., & Bruscia, K. (1983). *Optacon music-reading: A curriculum for teaching blind students*.

Unpublished manuscript.

Lewis, P. (1987). The expressive arts therapies in the choreography of object relations. *The Arts in Psychotherapy, 14*(4), 321–332.

Lingerman, H. (1983). *The healing energies of music*. Wheaton, IL: Theosophical Publishing House.

Loewy, J. (1997). *Music therapy and pediatric pain*. Cherry Hill, NJ: Jeffrey Books.

Loewy, J. (2013). Respiratory care for children. In J. Bradt (Ed.), *Guidelines for music therapy practice in pediatric care* (pp. 403–441). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Lord, W. (1971). Communication of activity therapy rationale. *Journal of Music Therapy, 8*(1), 68–71.

Loveszy, R. (1991). The use of Latin music, puppetry, and visualization in reducing the physical and emotional pain of a child with severe burns. In K. Bruscia (Ed.), *Case studies in music therapy* (pp. 153–162). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Madsen, C. (1981). *Music therapy: A behavioral guide for the mentally retarded*. Washington, DC: National Association for Music Therapy.

Maman, F., & Unsoeld, T. (2009). *The Tao of sound: Acoustic sound healing for the 21st century*. Malibu, CA: Tama-do: The Academy of Sound, Color, and Movement.

Maranto, C. (1992a). A comprehensive definition of music therapy within an integrative model for music medicine. In R. Spintge & R. Droh (Eds.), *Music medicine* (pp. 19–29). St. Louis, MO: MMB Music.

Maranto, C. (1992b). Music therapy in the treatment of performance anxiety in musicians. In R. Spintge & R. Droh (Eds.), *Music medicine* (pp. 273–283). St. Louis, MO: MMB Music.

Maranto, C. (1993). *Music therapy: International perspectives*. Pipersville, PA: Jeffrey Books.

Maranto, C. (1995). A cognitive model of music in medicine. In R. Pratt & R. Spintge (Eds.), *Music medicine* (pp. 327–332). St. Louis, MO: MMB Music.

Maranto, C. (1996). Research in music and medicine: The state of the art. In M. Froehlich (Ed.), *Music therapy with hospitalized children* (pp. 39–66). Cherry Hill, NJ: Jeffrey Books.

Martin, J. (1991). Music therapy at the end of a life. In K. Bruscia (Ed.), *Case studies in music therapy* (pp. 617–632). University Park, IL: Barcelona Publishers.

May, E. (Ed.). (1983). *Musics of many cultures: An introduction*. Berkeley, CA: University of California Press.

May, R. (1975). *The courage to create*. New York: W. W. Norton.

McClellan, R. (1988). *The healing forces of music: History, theory and practice*. Warwick, NY: Amity House.

McDonnell, L. (1984). Music therapy with trauma patients and their families on a pediatric service. *Music Therapy: Journal of the American Association for Music Therapy, 4*(1), 55–63.

McElligot, D. (2010). Healing: The journey from concept to nursing practice. *Journal of Holistic Nursing, 28*(4), 251–259.

McIntosh, G., Thaut, M., & Rice, R. (1994). Rhythmic auditory stimulation as an entrainment and therapy technique: Effects on gait of stroke and Parkinson's patients. In R. Pratt & R. Spintge (Eds.), *Music medicine* (Vol. 2, pp. 145–152). St. Louis, MO: MMB Music.

McMaster, N. (1991). Reclaiming a positive identity: Music therapy in the aftermath of a stroke. In K. Bruscia (Ed.), *Case studies in music therapy* (pp. 547–560). University Park, IL: Barcelona Publishers.

McNiff, S. (1981). *The arts and psychotherapy*. Springfield, IL: Charles C Thomas.

McNiff, S. (1988). The shaman within. *The Arts in Psychotherapy, 15*(4), 285–291.

Merriam-Webster. (n.d.). "Music." Retrieved September 29, 2013, from http://www.merriam-webster.com/dictionary/music

Merritt, S. (1996). *Mind, music and imagery: Unlocking the treasures of your mind*. Santa Rosa, CA: Aslan Publishing.

Meyer, L. (1958). *Emotion and meaning in music*. Chicago: The University of Chicago Press.

Mid-Atlantic Music Therapy Region. (1988). *Music therapy for mental health* [Brochure]. Washington, DC: National Association for Music Therapy, Inc.

Miller, L., & Schyb, M. (1989). Facilitation and interference by background music. *Journal of Music Therapy, 26*(1), 42–54.

Mills, E., & Murphy, T. (Eds.). (1973). *The Suzuki concept: An introduction to a successful method for early music education*. Berkeley, CA: Diablo Press.

Monti, R. (1985). Music therapy in a therapeutic nursery. *Music Therapy: Journal of the American Association for Music Therapy, 5*(1), 22–27.

Moreno, J. (1980). Musical psychodrama: A new direction in music therapy. *Journal of Music Therapy, 17*(1), 34–49.

Moreno, J. (1988). The music therapist: Creative arts therapist and contemporary shaman. *The Arts in Psychotherapy, 15*(4), 271–280.

Start Moreno, J. (1989). The Paiste sound creation gongs in music therapy. *Music Therapy Perspectives, 7*, 77–80.

Muller, B. (2008). A phenomenological investigation of the music therapist's experience of being present to clients. *Qualitative Inquiries in Music Therapy, 4*, 69–112. www.barcelonapublishers.com/periodicals

Munro, S. (1984). *Music therapy in palliative/hospice care*. St. Louis, MO: MMB.

Munro, S., & Mount, B. (1978). Music therapy in palliative care. *Canadian Medical Association Journal*, *119*, 1029–1034.

Murphy, M. (1983). Music therapy: A self-help group experience for substance abuse patients. *Music Therapy: Journal of the American Association for Music Therapy, 3*(1), 52–62.

Murphy, M. (1991). Group music therapy in acute psychiatric care: The treatment of a depressed woman following neurological trauma. In K. Bruscia (Ed.), *Case studies in music therapy* (pp. 465–478). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Naitove, C. (1980). Creative arts therapists: Jack of all trades or master of one? *The Arts in Psychotherapy, 7*(4), 253–259.

Naitove, C. (1984). In pursuit of objectivity: The development of a multi-modal evaluation instrument. *The arts in psychotherapy, 11*(4), 249–259.

Natanson, T. (1984). Music therapy definition. In K. Bruscia (Ed.), *International newsletter of music*

therapy (Vol. 2, p. 17). New York: American Association for Music Therapy.

National Association for Music Therapy (NAMT). (1960). *A career in music therapy* [Pamphlet]. Washington, DC: Author.

National Association for Music Therapy (NAMT). (1980). *A career in music therapy* [Pamphlet]. Washington, DC: Author.

National Association for Music Therapy (NAMT). (1983). Standards of clinical practice. *Music Therapy Perspectives, 1*(2), 13–16.

National Coalition of Arts Therapy Associations. (1985). Association pamphlet. Washington, DC: Author.

Nattiez, J. (1990). *Music and discourse: Toward a semiology of music*. Translated by Carolyn Abbate. Princeton, NJ: Princeton University Press.

New Zealand Society for Music Therapy. (1984). Music therapy definition. In K. Bruscia (Ed.), *International newsletter of music therapy* (Vol. 2, p. 16). New York: American Association for Music Therapy.

Ng, W. F. (2011). Can music therapy be an answer to the terrorist question: A Singaporean music therapist's perspective. *Voices: A World Forum for Music Therapy, 11*(1). https://voices.no/index.php/voices/issue/archive

Nichols-Rothe, P. (1995). Singing practices and states of consciousness. In C. Kenny (Ed.), L*istening, playing, creating: Essays on the power of sound* (pp. 151–158). Albany, NY: State University of New York.

Nishihata, H. (1993). Music therapy in Japan. In C. Maranto (Ed.), *Music therapy: International perspectives* (pp. 341–353). Pipersville, PA: Jeffrey Books.

Nocera, S. (1979). *Reaching the special learner through music*. Morristown, NJ: Silver-Burdett.

Nolan, P. (1983). Insight therapy: Guided Imagery and Music in a forensic psychiatric setting. *Music Therapy: Journal of the American Association for Music Therapy, 3*(1), 29–42.

Nolan, P. (1991). Group improvisation therapy for a resistant woman with bipolar disorder. In K. Bruscia (Ed.), *Case studies in music therapy* (pp. 451–464). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Nolan, P. (1992). Music therapy with bone marrow transplant patients: reaching beyond the symptoms. In R. Spintge & R. Droh (Eds.), *Music medicine* (pp. 209–212). St. Louis, MO: MMB Music.

Nordoff, P., & Robbins, C. (1971). *Therapy in music for handicapped children*. London: Gollancz.

Nordoff, P., & Robbins, C. (1982). *Music therapy in special education* (2nd ed.). St. Louis, MO: MMB Music.

Nordoff, P., & Robbins, C. (2010). *Creative music therapy: A guide to fostering clinical musicianship*. University Park, IL: Barcelona Publishers.

Nowicki, A., & Trevisan, L. (1978). *Beyond the sound: A technical and philosophical approach to music therapy*. Porterville, CA: Authors.

Odell, H. (1988). A music therapy approach in mental health. *Psychology of Music, 16*(1), 52– 61.

O'Grady, L., & McFerran, K. (2007). Community music therapy and its relationship to community music: Where does it end? *Nordic Journal of Music Therapy, 16*(1), 14–26.

Oldfield, A. (1991). Preverbal communication through music to overcome a child's language disorder. In K. Bruscia (Ed.), *Case studies in music therapy* (pp. 163–174). University Park, IL: Barcelona

Publishers.

Oldfield, A. (1993). Music therapy with families. In M. Heal & T. Wigram (Eds.), *Music therapy in health and education* (pp. 46–54). London: Jessica Kingsley Publishers.

O'Neill, C. (1995). Music therapy as a supportive intervention for professional care givers. In C. Lee (Ed.), *Lonely waters: Proceedings of the international conference on music therapy in palliative care, Oxford 1994* (pp. 23–30). Oxford, UK: Sobell House.

Oosthuizen, H., FouchÃ©, S., & Torrance, K. (2007). Negotiations between music therapists and community musicians in the development of a South African community music therapy project. *Voices: A World Forum for Music Therapy, 7*(3). https://voices.no/index.php/voices/issue/archive

Orff, G. (1974). *The Orff music therapy*. (English translation by Margaret Murray). New York: Schott Music Corporation.

Ostrander, S., & Schroeder, L. (1979). *Superlearning*. New York: Dell.

Ostwald, P. (1968). The music lesson. In E. Gaston (Ed.), *Music in therapy* (pp. 317–325). New York: MacMillan Publishing.

Paul, D. (1982). *Music therapy for handicapped children: Emotionally disturbed. Washington*, DC: National Association for Music Therapy.

Pavlicevic, M. (2004). Learning from Thembelu: Towards responsive and responsible practice in community music therapy. In M. Pavlicevic & G. Ansdell (Eds.), *Community music therapy* (pp. 35–47). Philadelphia: Jessica Kingsley. Pavlicevic, M., & Ansdell, G. (2004a). *Community music therapy*. Philadelphia: Jessica Kingsley.

Pavlicevic, M., & Ansdell, G. (2004b). Introduction: "The ripple effect." In M. Pavlicevic & G. Ansdell (Eds.), *Community music therapy* (pp. 15–31). Philadelphia: Jessica Kingsley.

Peters, J. S. (1987). *Music therapy: An introduction*. Springfield, IL: Charles C Thomas.

Pickett, E. (1991). Guided Imagery and Music (GIM) with a dually diagnosed woman having multiple addictions. In K. Bruscia (Ed.), *Case studies in music therapy* (pp. 497– 512). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Plach, T. (1980). *The creative use of music in group therapy*. Springfield, IL: Charles C Thomas Publishers.

Polit, V. (1993). Music therapy in Mexico. In C. Maranto (Ed.), *Music therapy: International perspectives* (pp. 365–383). Pipersville, PA: Jeffrey Books.

Priestley, M. (1980). *The Herdecke analytical music therapy lectures*. (English translation from German). Stuttgart, West Germany: Klett-Cotta.

Priestley, M. (1985/2012). *Music therapy in action* (2nd ed.). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Priestley, M. (1994). *Essays on analytical music therapy*. University Park, IL: Barcelona Publishers.

Prinou, L. (1993). Music therapy in Greece. In C. Maranto (Ed.), *Music therapy: International perspectives* (pp. 239–251). Pipersville, PA: Jeffrey Books.

Pulliam, J., Somerville, P., Prebluda, J., & Warja-Danielsson, M. (1988). Three heads are better than one: The expressive arts group assessment. *The Arts in Psychotherapy, 15*(1), 71–78.

Pukanen, M., & Ala-Ruona, E. (2012). Contemporary vibroacoustic therapy. Perspectives on clinical

practice, research, and atrining. *Music and Medicine, 4*(3), 128–135.

Purvis, J. & Samet, S. (1976). *Music in developmental therapy*. Baltimore: University Park Press.

Radocy, R., & Boyle, J. (1979). *Psychological foundations of musical behavior*. Springfield, IL: Charles C Thomas.

Reber, A. S. (1985). *The Penguin dictionary of psychology*. New York: Viking Press.

Reimer, B. (1970). *A philosophy of music education*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Rhudhyar, D. (1982). *The magic of tone and the art of music*. Boulder, CO: Shambhala Publications.

Richardson, D. (2013). The Venezuela music therapy ensemble (EVNEMUST). *Voices: A World Forum for Music Therapy, 13*(2). https://voices.no/index.php/voices/issue/archive

Rider, M. (1987). Music therapy: Therapy for debilitated musicians. *Music Therapy Perspectives, 4*, 40–43.

Robbins, A. (1980). *Expressive therapy: A creative arts approach to depth-oriented treatment*. New York: Human Science Press.

Robbins, C. (1996, April). Creative music therapy and psychotherapy in music. *Newsletter of the International Association of Nordoff-Robbins Music Therapists Newsletter* (pp. 13–15).

Robbins, C., & Forinash, M. (1991). A time paradigm: Time as a multilayered phenomenon in music therapy. *Music Therapy: Journal of the American Association for Music Therapy, 10*(1), 46–57.

Robbins, C., & Robbins, C. (1980). *Music for the hearing impaired and other special groups*. St. Louis, MO: MMB Music.

Robbins, C., & Robbins, C. (1991). Self-communications in creative music therapy. In K. Bruscia (Ed.), *Case studies in music therapy* (pp. 55–72). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Rogers, P. (2013). Children and adolescents with PTSD and survivors of abuse and neglect. In L. Eyre (Ed.), *Guidelines for music therapy practice in mental health care* (pp. 313–338). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Rolla, G. (1993). *Your inner music: Creative analysis and music memory*. Wilmette IL: Chiron Publications.

Rolvsjord, R. (2010). *Resource-oriented music therapy in mental health care*. University Park, IL: Barcelona Publishers.

Routhier, C. (1988). Statement: In a song of solidarity. *Music Therapy: Journal of the American Association for Music Therapy*, 7(1), 73–75.

Rudenberg, M. (1982). *Music therapy for handicapped children: Orthopedically handicapped*. Washington, DC: National Association for Music Therapy.

Rugenstein, L.(1996). Wilber's spectrum model of transpersonal psychology and its application to music therapy. *Music Therapy: Journal of the American Association for Music Therapy, 14*(1), 9–28.

Ruud, E. (1980). *Music therapy and its relationship to current treatment theories*. St. Louis, MO: MMB Music.

Ruud, E. (1988). Music therapy: Health profession or cultural movement? *Music Therapy: Journal of the American Association for Music Therapy 7*(1), 34–37.

Ruud, E. (1998). *Music therapy: Improvisation, communication and culture*. University Park, IL:

Barcelona Publishers.

Ruud, E. (2010). *Music therapy: A perspective from the humanities*. University Park, IL: Barcelona Publishers.

Salas, J. (1990). Aesthetic experience in music therapy. *Music therapy: Journal of the American association for music therapy, 9*(1), 1–15.

Salas, J., & Gonzalez, D. (1991). Like singing with a bird: Improvisational music therapy with a blind four year-old. In K. Bruscia (Ed.), *Case studies in music therapy* (pp. 17–28). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Saperston, B. (1980). Music listening versus juice as a reinforcement for learning in profoundly mentally retarded individuals. *Journal of Music Therapy, 17*(4), 174–184.

Scheiby, B. (1991). Mia's fourteenth—The symphony of fate: Psychodynamic improvisation therapy with a music therapy student in training. In K. Bruscia (Ed.), *Case studies in music therapy* (pp. 271–290). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Scheiby, B. (2005). Dying alive: A transpersonal, analytical music therapy approach for adults with chronic, progressive neurological disease. In C. Dileo & J. Loewy (Eds.), pp.171–188. Cherry Hill NJ: Jeffrey Books.

Schippers, H., & Bartleet, B. (2013). The nine domains of community music: Exploring the crossroads of formal and informal music education. *International Journal of Music Education, 31*, 454–472.

Schmolz, A. (1984). Music therapy definition. In K. Bruscia (Ed.), *International newsletter of music therapy* (Vol. 2, p. 17). New York: American Association for Music Therapy.

Schomer, M. (1973). A perceptual development program for the music therapist. *Journal of Music Therapy, 20*(2), 95–109.

Schönfeld, V. (2003). "Promise to take care of it!" Therapy with Ira. In S. Hadley (Ed.), *Psychodynamic music therapy: Case studies* (pp. 207–224). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Schulberg, C. (1981). *The music therapy sourcebook*. New York: Human Sciences Press.

Schwankovsky, L., & Guthrie, P. (1982). *Music therapy for handicapped children: Other health-impaired*. Washington, DC: National Association for Music Therapy.

Schwartz, E. (2008). *Music, therapy, and early childhood: A developmental approach*. University Park, IL: Barcelona Publishers.

Sears, W. (1968). Processes in music therapy. In E. Gaston (Ed.), *Music in therapy* (pp. 30–46). New York: MacMillan.

Sekeles, C. (1985). Music therapy definition. In K. Bruscia (Ed.), *International newsletter of music therapy* (Vol. 3, p. 10). Springfield, NJ: American Association for Music Therapy.

Shields, A., & Robbins, A. (1980). Music in expressive therapy. In A. Robbins (Ed.), *Expressive therapy: A creative arts approach to depth-oriented treatment* (pp. 239–257). New York: Human Sciences Press.

Shih, J. (2011). Stabilization music therapy model and process: 512 China Sichuan earthquake crisis interventions (Part 1 of 2). *Music and Medicine, 3*(2), 84–88.

Shih, J. (2011). Stabilization music therapy model and process: 512 China Sichuan earthquake crisis interventions (Part 2 of 2). *Music and Medicine, 3*(2), 89–94.

Shoemark, H. (1991). The use of piano improvisation in developing interaction and participation in a blind boy with behavioral disturbances. In K. Bruscia (Ed.), *Case studies in music therapy* (pp. 29–38). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Silverman, M. (2005). Using music therapy games with adult psychiatric patients. *The Arts in Psychotherapy, 32*(2), 121–129.

Silverman, M. (2013). Immediate quantitative effects of recreational music therapy on mood and perceived helplessness in acute psychiatric inpatients: An exploratory investigation. *The Arts in Psychotherapy, 40*(3), 269–274.

Skille, O. (1983). The music bath: Possible use as an anxiolytic. In R. Droh & R. Spintge (Eds.), *Angst, schmerz, musik in der anasthesie* (pp. 11–14). Basel, Switzerland: Editiones "Roches."

Skille, O. (1989). VibroAcoustic therapy. *Music Therapy: Journal of the American Association for Music Therapy 8*(1), 61–77.

Skille, O., & Wigram, T. (1995). The effects of music, vocalisation, and vibration on brain and muscle tissue: Studies in vibroacoustic therapy. In T. Wigram, B. Saperston, & R. West (Eds.), *The art and science of music therapy: A handbook* (pp. 23–57). Chur, Switzerland: Harwood Academic Publishers.

Slivka, H., & Magill, L. (1986). The conjoint use of social work and music therapy in working with children of cancer patients. *Music Therapy: Journal of the American Association for Music Therapy, 6A*(1), 30–40.

Small, C. (1998). *Musicking: The meanings of performing and listening*. Middletown, CT: Wesleyan University Press.

Smeijsters, H. (1993). Music therapy and psychotherapy. *The Arts in Psychotherapy, 10*(3), 223–230.

Smeijsters, H. (1997). *Multiple perspectives: A guide to qualitative research in music therapy*. University Park, IL: Barcelona Publishers.

Smeijsters, H. (2005). *Sounding the self: Analogy in improvisational music therapy*. University Park, IL: Barcelona Publishers.

Smith, G. (1991). The song-writing process: A woman's struggle against depression and suicide. In K. Bruscia (Ed.), *Case studies in music therapy* (pp. 479–496). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Somasonics, Inc. (n.d.). *Somatron* [Pamphlet]. Tampa, FL: Author.

Sommer, D. T. (1961). Music therapy without music. *Bulletin of the National Association for Music Therapy, 10*(2), 3.

South African Institute of Music Therapy. (1984). Music therapy definition. In K. Bruscia (Ed.), *International newsletter of music therapy* (Vol. 2, p. 18). New York: American Association for Music Therapy.

Southeastern Pennsylvania Music Therapy Supervisors. (n.d.). *Manual on standards of practice for music therapy*. Unpublished manuscript.

Sprague, J., & Hayes, J. (2000). Self-determination and empowerment: A feminist standpoint analysis of talk about disability. *American Journal of Community Psychology, 28*(5), 671–695.

Standley, J. (1986). Music research in medical/dental treatment: meta-analysis and clinical applications. *Journal of Music Therapy, 23*(2), 56–122.

Standley, J. (1991). *Music techniques in therapy, counseling, and special education*. St. Louis, MO: MMB Music.

Standley, J. (1995). Music as a therapeutic intervention in medical and dental treatment: research and clinical applications. In T. Wigram, B. Saperston, & R. West (Eds.), The *art and science of music therapy: A handbook* (pp. 3–22). Chur, Switzerland: Harwood Academic Publishers.

Standley, J., & Hughes, J. (1997). Evaluation of an early intervention music curriculum for enhancing prereading/writing skills. *Music Therapy Perspectives*, *15*, 79–85.

Steele, A. (1977). The application of behavioral research techniques to community music therapy. *Journal of Music Therapy, 14*(3), 102–115.

Steele, A., Vaughan, M., & Dolan, C. (1976) The school support program: music therapy for adjustment problems in elementary schools. *Journal of Music Therapy*, *13*(2), 87–100.

Stephens, G. (1983). The use of improvisation for developing relatedness in the adult client. *Music Therapy: Journal of the American Association for Music Therapy, 3*(1), 29–42.

Stephens, G. (1984). Group supervision in music therapy. *Music Therapy: Journal of the American Association for Music Therapy, 4*(1), 29–38.

Stephens, G. (1987). The experiential music therapy group as a method of training and supervision. In C. Maranto & K. Bruscia (Eds.), *Perspectives on music therapy education and training* (pp. 169–176). Philadelphia: Temple University, Esther Boyer College of Music.

Stige, B. (1993). *Music therapy as cultural engagement*. Paper presented at the Seventh World Congress of Music Therapy, Vitoria-Gasteiz, Spain.

Stige, B. (2002). *Culture-centered music therapy*. University Park, IL: Barcelona Publishers.

Stige, B., & AarÃƒÂÂ¸, L. (2012). *Invitation to community music therapy*. Philadelphia: Routledge.

Storsve, V., Westby, I., & Ruud, E. (2010). Hope and recognition: A music project among youth in a Palestinian refugee camp. Voices: *A World Forum for Music Therapy*, *10*(1). https://voices.no/index.php/voices/issue/archive

Stravinsky, I. (1962). *Autobiography*. New York: W.W. Norton.

Summer, L. (1988). *Guided Imagery and Music (GIM) in the institutional setting*. St. Louis, MO: MMB Music.

Summer, L. (1995). Melding musical and psychological processes: The therapeutic musical space. *Journal of the Association for Music and Imagery, 4*, 37–46.

Summer, L. (1996). *Music, the New Age elixir*. Amherst, NY: Prometheus Books.

Sutton, J. (Ed.). (2002). *Music, music therapy, and trauma: International perspectives*. Philadelphia: Jessica Kingsley.

Swedish Association for Music Therapy (SAMT). (1984). Music therapy definition. In K. Bruscia (Ed.), *International newsletter of music therapy* (Vol. 2, p. 17). New York: American Association for Music Therapy.

Tomaino, C. (2013). Meeting the complex needs of individuals with dementia through music therapy. *Music and Medicine*, *5*(4), 234–241.

Tomatis, A. (1996). *The ear and language*. Norval, Ontario: Moulin Publishing Company.

Turry, A. (2005). Psychotherapy and community music therapy: Questions and considerations. *Voices: A*

World Forum for Music Therapy, 5(1). https://voices.no/index.php/voices/issue/archive

Tyson, F. (1981). *Psychiatric music therapy: Origins and development*. New York: Creative Arts Rehabilitation Center.

Uruguayan Association for Music Therapy (UAMT). (1984). Music therapy definition. In K. Bruscia (Ed.), *International newsletter of music therapy* (Vol. 2, p. 18). New York: American Association for Music Therapy.

Vaillancourt, G. (2012). Music therapy: A community approach to social justice. *The Arts in Psychotherapy, 39*, 173–178.

VarÃ¨se, E., & Chou, W. (1966). The liberation of sound. *Perspectives of new music, 5*(1), 11– 19.

Veblen, K., Messenter, S., Silverman, M., & Elliott, D. (Eds.). (2012). *Community music today*. Lanham, MD: Rowman and Littlefield Education.

Ventre, M., (1994). Healing the wounds of childhood abuse: A Guided Imagery and Music (GIM) case study. *Music Therapy Perspectives, 12*(2), 98–103.

Warja, M. (1994). Sounds of music through the spiraling path of individuation: A Jungian approach to music psychotherapy. *Music Therapy Perspectives, 12*(2), 75–83.

Watson, A., & Drury, N. (1987). *Healing music: The harmonic path to inner wholeness*. Garden City Park, NY: Avery Publishing Group, Inc.

Webster's New Collegiate Dictionary. (1974). Springfield, MA: G. & C. Merriam Company.

West, T. (1994). Psychological issues in hospice music therapy. *Music Therapy Perspectives, 12*, 117–124.

Wheeler, B. (1981). The relationship between music therapy and theories of psychotherapy. *Music Therapy: Journal of the American Association for Music Therapy, 1*(1), 9–16.

Wheeler, B. (1983). A psychotherapeutic classification of music therapy practices. *Music Therapy Perspectives, 1*(2), 8–12.

Wheeler, B. (1995). *Music therapy research: Quantitative and qualitative perspectives*. University Park, IL: Barcelona Publishers.

Whitehead-Pleaux, A. (2009). Ismaee il musika—Listen to the music. *Voices: A World Forum for Music Therapy, 9*(3). https://voices.no/index.php/voices/issue/archive

Whittall, J. (1991). Songs in palliative care: A spouse's last gift. In K. Bruscia (Ed.), *Case studies in music therapy* (pp. 603–610). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Wigram, T. (1991). Music therapy for a girl with Rett's Syndrome: Balancing structure and freedom. In K. Bruscia (Ed.), *Case studies in music therapy* (pp. 39–54). University Park, IL: Barcelona Publishers.

Wigram, T., & Dileo, C. (1997). *Music vibration*. Cherry Hill, NJ: Jeffrey Books.

Wilber, K. (1995). *Sex, ecology, spirituality*. Boston: Shambhala.

Wilber, K. (1996). *A brief history of everything*. Boston: Shambhala.

Wilber, K. (2000). *The collected works of Ken Wilber (Volume 8)*. Boston: Shambhala.

Winn, W., Crowe, B., & Moreno, J. (1989). Shamanism and music therapy: Ancient healing techniques in modern practice. *Music Therapy Perspectives, 7*(1), 67–71.

Winnicott, D. (1953). Transitional objects and transitional phenomena. *International Journal of Psychoanalysis*, *34*, 89–97.

Winslow, G. (1986). Music therapy in the treatment of anxiety in hospitalized high-risk mothers. *Music Therapy Perspectives*, *3*, 29–33.

Witt, A., & Steele, A. (1984). Music therapy for infant and parent: A case example. *Music Therapy Perspectives*, *1*(4), 17–19.

Wolberg, L. R. (1967). *The technique of psychotherapy* (Part 1). New York: Grune & Stratton.

Wolfe, D. (1980). The effect of automated interrupted music on head posturing of cerebral palsied individuals. *Journal of Music Therapy*, *17*(4), 184–207.

Wolfe, D. (1982). The effect of interrupted and continuous music on bodily movement and task performance of third grade students. *Journal of Music Therapy*, *19*(2), 74–86.

Wood, S. (2006). The matrix: A model of community music therapy processes. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, *6*(3). https://voices.no/index.php/voices/issue/archive

Wood, S., Verney, R., & Atkinson, J. (2004). From therapy to community: Making music in neurological rehabilitation. In M. Pavlicevic & G. Ansdell (Eds.), *Community music therapy* (pp. 48–64). Philadelphia: Jessica Kingsley.

Woodward, A. (2004). Finding the client in their environment: A systems approach to music therapy programming. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, *4*(2).

World Health Organization (WHO). (1948). WHO Definition of Health. http://www.who.int/about/definition/en/print.html

Wrangsjo, B. (1994). Psychoanalysis and Guided Imagery and Music: A comparison. *Journal of the Association for Music and Imagery*, *3*, 35–48.

Yamamatsu, T. (1984). Music therapy definition. In K. Bruscia (Ed.), *International newsletter of music therapy* (Vol. 2, p. 15). New York: American Association for Music Therapy.

Zahourek, R. (2012). Healing through the lens of intentionality. *Holistic Nursing Practice*, *26*(1), 6–21.

Zinker, J. (1978). *Creative process in gestalt therapy*. New York: Vintage Books.

Zwerling, I. (1984). Friday morning panel discussion. *In Hahnemann University, looking ahead, planning together: The creative arts in therapy as an integral part of treatment for the 90's* (pp. 15–54). Philadelphia: Hahnemann University.